



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1935:19
SOCIALDEPARTEMENTET



KUNGL. MEDICINALSTYRELSENS
UTLÅTANDE OCH FÖRSLAG

ANGÅENDE

FÖREBYGGANDE MÖDRA-
OCH BARNAVÅRD

AVGIVET DEN 4 APRIL
1935

S T O C K H O L M

1 9 3 5

Statens offentliga utredningar 1935

Kronologisk förteckning

1. Betänkande med förslag angående åtgärder för spannmålsodlingens stödjande. Marcus. 134 s. **Jo.**
2. Betänkande med förslag rörande lån och årliga bidrag av statsmedel för främjande av bostadsförsörjning för mindre bemedlade barnrika familjer jämte därtill hörande utredningar. Beckman. 86*, 265 s. **S.**
3. Kortfattad framställning av organisationssakkunnigas betänkande med utredning och förslag rörande den samhällsliga hjälpverksamhetens organisation m. m. Beckman. 23 s. **S.**
4. Promemoria angående tillsynen över fastighetsregistreringen och fastighetsbildningen. Marcus. 70 s. **Ju.**
5. Förslag till ändrade bestämmelser rörande allmänna handlingars offentlighet. Norstedt. 79 s. **Ju.**
6. Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Åtgärder mot arbetslöshet. Norstedt. x, 388, 32* s. **S.**
7. Teknisk-ekonomiska utredningar rörande vägväsendet. Del 2. Broar. Hæggström. 130 s. **K.**
8. Betänkande med förslag angående åtgärder mot statsfientlig verksamhet. Idun. 406 s. **Ju.**
9. Betänkande med förslag till omorganisation av den högre skogsundervisningen. Peréus. 164 s. **Jo.**
10. Utredning och förslag angående rundradion i Sverige. Norstedt. 202 s. 13 kartor. **K.**
11. Betänkande med utredning och förslag angående inrättande av en statsvetenskaplig examen. Marcus. 80 s. **E.**
12. Betänkande med förslag till förordning angående allmän automobiltrafik. Hæggström. 227 s. **K.**
13. Yttranden över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. Marcus. (4), 132, 68 s. **Ju.**
14. Lagberedningens förslag till lag om skuldebrev m. m. Norstedt. vj, 211 s. **Ju.**
15. Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. Marcus. 192 s. **Ju.**
16. Konjunkturuppsvingets förlopp och orsaker 1932-1934. Hæggström. 106 s. **Fi.**
17. Yttrande och förslag rörande formulär för tjänstgöringsbetyg som av länsstyrelserna utfärdas. Beckman. 16 s. **S.**
18. Betänkande med förslag till lag om arbetsavtal. Idun. 220 s. **S.**
19. Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående förebyggande mödra- och barnavård. Hæggström. 100 s. **S.**

Anm. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet. Enligt kungörelsen den 3 febr. 1922 ang. statens offentliga utredningars yttre anordning (nr 98) utgivna utredningarna i omslag med enhetlig färg för varje departement.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1935: 19
SOCIALDEPARTEMENTET



KUNGL. MEDICINALSTYRELSENS
UTLÅTANDE OCH FÖRSLAG

ANGÅENDE

FÖREBYGGANDE MÖDRA-
OCH BARNAVÅRD

AVGIVET DEN 4 APRIL
1935

STOCKHOLM 1935

IVAR HEGGSTRÖMS BOKTRYCKERI A.B.

351400





KUNGL. MEDICIN HÖFSTÄMMAN
UTSÄTANDE OCH FÖRSLAG

FÖREBYGGANDE MODER-
OCH BARNVÅRD



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
Inledning	5
Försöksverksamheten	7

Medicinalstyrelsens förslag:

Allmänna synpunkter	11
Barnbördsvård	14
Förebyggande mödra- och barnavård	18
Organisation	23
Upplysningsverksamhet	29
Ledningen av den förebyggande verksamheten	30
Mödra- och barnavårdens utbyggande	32
Den förebyggande barnavården och »Samhällets barnavård»	33
Kostnadsberäkningar	34
Hemställen	41

Bilagor:

1. Medicinalstyrelsens remissvar den 20 juni 1930	42
2. Sammanställning av redogörelser för försöksverksamheten	68
3. Inspektionsberättelse den 5 juli 1932	77
4. Inspektionsberättelse i oktober 1932	79
5. Uppgift rörande kostnader för försöksverksamheten	82
6. Uppgift rörande kostnad per patient och besök under försöksverksamheten	82
7. Barnmorsketaxa inom Östergötlands län	83
8. Uppgifter för år 1933 från »barnavårdscentralerna» i riket	84—85
9. Betänkande rörande övervakning av späda barn den 2 juni 1923	92

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

Information

TILL KONUNGEN.

I underdånigt utlåtande den 20 juni 1930 med anledning av moderskapsunderstödssakkunnigas den 28 september 1929 avgivna betänkande, i vilket framfördes förslag om förebyggande moderskaps- och spädbarns-

vård eller som den betecknats »För- och eftervård vid barnsbörd», har medicinalstyrelsen på sidorna 52—54 (bil. 1) närmare angivit riktlinjerna för huru denna enligt styrelsens mening borde planläggas. De ledande principerna i styrelsens förslag för själva vårdens utövning vore i första rummet, att en *läkare* borde vara den ansvarige ledaren för arbetet inom varje område, där sådan vård anordnades, med sköterskor och barnmorskor som biträden. Varje landstingsområde borde uppdelas i »barnavårdsdistrikt» med ett rådfrågningsställe (barnavårdsbyrå) i varje distrikt. Verksamheten borde söka sig naturliga stödjepunkter i de anstalter inom orten, som ombesörja barnbördsvård och utöva sjukvård för barn. Omfattningen av de tilltänkta barnavårdsdistrikten borde variera med de geografiska förhållandena, befolkningens fördelning, kommunikationerna o. s. v. Sålunda kunde det i de tätt bebyggda länen med goda kommunikationer vara fördelaktigt med ett mindre antal byråer, förlagda i anslutning till förefintliga sjukvårdsinrättningar (barnbördsavdelningar och pediatrika avdelningar), därvid byråernas arbete borde fördelas på dessa institutioner på sådant sätt, att förvården huvudsakligen hänfördes till barnbördsavdelning, eftervården åter till pediatrik avdelning. I andra län med större ytvidd och ringa befolkningstäthet kunde det vara lämpligare att förlägga byråerna till stationsorter för tjänsteläkare eller till andra härför lämpade läkares mottagningslokaler. I flertalet fall komme antagligen en kombination av dessa olika system att visa sig förmånligast. Rådfrågningsställets lokalfråga finge lösas på sätt, som i varje fall vore lämpligast. På landsbygden ansåges åtminstone tillsvidare tjänsteläkarens mottagningslokal kunna disponeras såsom redan förhållandet i stor utsträckning vore beträffande tuberkulosdispensärerna. Beträffande utseendet av läkare vid byråerna ansåge styrelsen lämpligast, att detta uppdroges åt det centralorgan, som i varje landstingsområde hade sig anförtrött ledningen av vården. Där specialutbildade läkare funnos att tillgå, borde givetvis dessa användas. Barnavårdsbyråns hjälppersonal finge likaledes anpassas efter de lokala förhållandena och omfattningen av verksamheten. Det kunde således tänkas, att särskild med verksamheten helt sysselsatt föreståndarinna behövde anställas. I regel torde det väl emellertid bliva distriktssköterskor och barnmorskor i redan befintliga eller eventuellt nytillkommande distrikt, som i första hand komme att användas i arbetet. Byråernas verksamhet skulle inriktas på att vara rådgivande, och skulle byråernas arbete främst vara förlagt till de regelbundet anordnade mottagningarna för klientelet. Såväl i propagandasyfte som även för vårdens kontroll och för rådgivning angående hemmens hygien m. m. skulle det emellertid åligga den i verksamheten anställda hjälppersonalen att avlägga besök i hemmen. Sjuk-

vård i egentlig mening skulle dock ej ingå i verksamheten. Styrelsen uttalade sin anslutning till av de sakkunniga uttalade önskemål om en utökad och effektivare upplysningsverksamhet på detta område och förklarade sig härutinnan skola vidtaga de ytterligare åtgärder, som ansågos erforderliga.

Med hänsyn till vissa pågående stora utredningar i flera frågor, som på det intimaste berörde för- och eftervårdens organisation, ansåg styrelsen att ett uppskov med genomförandet av en definitiv planläggning av denna verksamhet borde ske men föreslog att den tidsfrist, som sålunda skulle uppstå, måtte utnyttjas för vinnande av erfarenhet om vissa organisationsfrågor rörande för- och eftervården och hemställde därför om Kungl. Maj:ts uppdrag att inkomma med förslag till anordnande av försöksverksamhet inom minst tvenne områden i riket.

Genom brev den 24 oktober 1930 anbefallde Kungl. Maj:t medicinalstyrelsen att inkomma med förslag rörande grunder för och anslag till anordnande av den sålunda ifrågasatta försöksverksamheten. I skrivelse den 3 december 1930 framlade medicinalstyrelsen till åttlydnad av Kungl. Maj:ts uppdrag det begärda förslaget och anförde därvid bl. a. följande:

»För att ifrågasatt försöksverksamhet skall kunna ge ett resultat, som sedan kan tjäna till ledning för en definitiv organisation, synes nödvändigt att utvälja områden, vilka såväl erbjuda typiska exempel på olika förhållanden i fråga om bebyggelse, befolkningens sammansättning och levnadsbetingelser, som möjliggöra en organisation i så nära anknytning som möjligt till redan befintliga eller lätt anordnade organ för denna nya socialhygieniska verksamhet. Det senare kravet synes även ur den synpunkten starkt motiverat, att man på så sätt torde kunna hålla kostnaderna för försöksverksamheten inom den trängsta möjliga ram även om det synes nödvändigt, att staten för försöksverksamheten påtager sig vissa kostnader, som, enligt av medicinalstyrelsen förut skisserad plan, skulle bestridas av medel anslagna från landsting och kommuner. Härvidlag åsyftas i främsta rummet kostnader för anskaffande av expeditiionslokaler samt kostnaderna för de resor, som synas oundgängliga för verksamhetens effektiva bedrivande.

Med dessa utgångspunkter torde försöksverksamhet böra anordnas *dels* i ett par försöksområden i mellan- eller sydsverige, i vilka tillgång finnes på för denna verksamhet lämpliga läkarkrafter och specialanstalter, till vilka en mera differentierad verksamhet i enlighet med medicinalstyrelsens förslag kan anknytas, *dels* ock inom någon del av landet, där man är helt hänvisad till verksamhetens bedrivande med hjälp av tjänsteläkarna och övrig redan befintlig underordnad sjukvårdspersonal.»

Som lämpliga försöksområden föreslogos i enlighet härmed:

1. *Lidköpings stad och Lidköpings provinsialläkardistrikt* med en sammanlagd folkmängd av cirka 31,000 personer, omfattande sålunda såväl stads- och industribefolkning som huvudsakligast lantbefolkning.

2. *Hälsingborgs stad med omnejd* med en folkmängd av cirka 55,000 människor, väsentligen stads- och industribefolkning samt

3. *vissa provinsialläkardistrikt i Norrbottens län*, representerande såväl lantbefolkning i kustområdet och inom finnbygden som ock skogs- och lappbefolkning, tillsammans omfattande en folkmängd på omkring 26,000 personer.

I de båda förstnämnda försöksområdena borde arbetet organiseras i form av en barnavårdsbyrå för för- och eftervård, i Hälsingborgsområdet uppdelad på två samverkande byråer, den ena förlagd till barnbördshusets poliklinik och den andra förlagd till den med barnsjukhuset intimt samarbetande Mjölkdroppen. För dessa tre byråer borde anställas särskilda läkare som ledare för verksamheten med utbildad sköterska, vilken senare skulle vara helt anställd för verksamheten.

För de föreslagna försöksområdena i Norrbottens län skulle respektive provinsialläkare vara verksamhetens ledare och för den del av arbetet, som i de båda första försöksdistrikten pålagts särskilt anställd sköterska, skulle användas distrikts- respektive dispensärsköterskor och i mån av behov distriktsbarnmorskor.

För alla försöksområdena skulle arbetet omfatta dels mottagningar till behöfligt antal dels besök av hjälppersonalen i klienternas hem och dels en förnuftigt lagd propaganda genom utdelning av småskrifter samt om möjligt även anordnande av demonstrationer och föredrag rörande särskilt barnavårdens tekniska detaljer. Över verksamheten skulle föras journaler efter fastställt formulär. Inom alla distrikten förutsattes ett intimt samarbete mellan för- och eftervårdsverksamhetens utövare och andra redan befintliga organ för social vård (barnavårdsnämnder, barnmorskor o. s. v.)

Styrelsens förslag upptog jämväl kostnadsberäkning för verksamheten uppgjord för ett år, vilken beräkning slutade på en totalsumma av 31 400 kronor. Styrelsens beräkningar utgingo ifrån, att den föregående och efterföljande vården vid barnsbörd skulle vara för klientelet kostnadsfri åtminstone vad försöksverksamheten anginge. De för verksamheten anlitade sjuksköterskorna skulle erhålla skälig gottgörelse för nödiga resekostnader eller, om de förut hade rätt därtill, skälig förhöjning i erhållen gottgörelse. Ersättning för själva arbetet skulle utgå till läkarna, beräknad efter besök, och till sköterskorna efter ett fast arvode per verksamhetsår. Dessutom skulle viss mindre gottgörelse beräknas för mera tillfälliga medhjälpare i arbetet.

Sedan medicinalstyrelsens förslag remitterats till statens sjukvårds-kommitté, moderskapsunderstödssakkunnigas ordförande och socialstyrelsen och dessa avgivit utlåtanden i ärendet, anbefalldes medicinalstyrelsen att med anledning av dessa yttranden avgiva förnyat utlåtande, vilken anmodan av styrelsen hörsammades den 14 februari 1931. I detta yttrande förklarade sig styrelsen intet ha att erinra mot framställt förslag om utökning av försöksverksamheten till att jämväl omfatta ett rent landsbygdsdistrikt i södra och mellersta Sverige, varjämte styrelsen rörande kostnaderna för försöksverksamheten vidtagit sådana förändringar i sina ursprungliga beräkningar, att detta nya försöksområde kunde inordnas i verksamheten utan förhöjning av den ursprungligen beräknade försökssumman.

Sedan riksdagen i skrivelse den 29 maj 1931 (nr 306) för Kungl. Maj:t anmält, att riksdagen, i anledning av Kungl. Maj:ts proposition i ämnet (nr 119), till försöksverksamhet beträffande för- och eftervård vid barnsbörd för budgetåret 1931—1932 under femte huvudtiteln anvisat ett extra förslagsanslag av 30 000 kronor, och medicinalstyrelsen jämlikt Kungl. Maj:ts den 5 juni 1931 i ämnet meddelade beslut avgivit förslag i fråga om anordnande inom vissa områden av dylik försöksverksamhet, förordnade Eders Kungl. Maj:t genom beslut den 9 juni 1931, att försöksverksamhet beträffande för- och eftervård vid barnsbörd skulle anordnas inom fyra försöksområden, nämligen

första eller Lidköpingsområdet, omfattande Lidköpings stad och Lidköpings provinsialläkardistrikt,

andra eller Hälsingborgsområdet, omfattande Hälsingborgs stad med omnejd,

tredje eller Norrbottensområdet, omfattande Råneå, Harads, Jokkmokks och Pajala provinsialläkardistrikt inom Norrbottens län, samt

fjärde eller Mörtforsområdet, omfattande Mörtfors provinsialläkardistrikt inom Kalmar län.

I brev till medicinalstyrelsen den 11 september 1931 meddelade Eders Kungl. Maj:t närmare föreskrifter beträffande ifrågavarande försöksverksamhet, vari bl. a. bestämdes att verksamheten, som skulle stå under medicinalstyrelsens överinseende, snarast skulle påbörjas och fortgå under återstoden av då löpande budgetår.

För åstadkommande av största möjliga enhetlighet i verksamheten och för samråd med de tjänsteläkare, som skulle tjänstgöra som ledare för densamma, anordnades under tiden 27 till och med 31 juli 1931 en kort utbildningskurs i Stockholm med dagliga föreläsningar och demonstrationer å Sachska barnsjukhuset, föreläsningar om betydelsen av förebyggande vård åt *alla* blivande mödrar och om principerna för sagda vårds anordnande samt föreläsningar om lagstiftningen angående sam-

hällets barnavård och dennas praktiska tillämpning, demonstration av vissa mjölkdroppar, spädbarnshem, barnhem och mödrahem i Stockholm och dess närhet.

Genom brev den 19 augusti 1932 har Eders Kungl. Maj:t, efter det riksdagen beviljat anslag för ändamålet å 30 000 kronor, förordnat att försöksverksamhet beträffande för- och eftervård vid barnsbörd skulle anordnas inom ovan omförmälda försöksområden jämväl under budgetåret 1932—1933 samt att därvid de i brevet den 11 september 1931 givna föreskrifterna skulle lända till efterrättelse.

Försöksverksamheten, som tog sin början den 1 oktober 1931, har sedan pågått till och med den 30 juni 1933, och kan styrelsen beträffande densamma hänvisa till bifogade sammanställning (bil. 2) av till medicinalstyrelsen inkomna redogörelser för verksamheten ifråga från de läkare, som lett densamma. I anslutning härtill må även erinras om, att styrelsen under år 1932 låtit verkställa inspektion av försöksverksamheten, varöver avlämnats inspektionsberättelser, som jämväl finnas bifogade denna skrivelse (bil. 3 och 4). Till belysande av de kostnader, som försöksverksamheten betingat, har ur medicinalstyrelsens utgiftsbok sammanställts två tablåer, som jämväl finnas här bifogade (bil. 5 och 6).

De i sammanställningen av redogörelserna för försöksverksamheten av dess ledare gjorda allmänna omdömena vittna samstämmigt om, att densammas plan och genomförande i stort sett visat sig lämpliga och gagneliga för dess syftemål och att verksamheten mottagits med växande intresse från allmänhetens sida.

Den slutförda försöksverksamheten har pågått inemot två år, en alltför begränsad tid för att man skall av de härifrån anförda siffrorna kunna draga några bärande slutsatser angående den anslutning till ifrågavarande vård, som kan vara att förvänta. I detta hänseende mera vägledande äro uppgifter från de båda största städerna och från Hälsingborg, där under en följd av år förebyggande barnavård målmedvetet bedrivits. Så har i Göteborg icke mindre än 73 procent, i Stockholm 49 procent och i Hälsingborg 46 procent av under år 1933 födda barn varit föremål för ifrågavarande profylaktiska vård.

Det har icke varit försöksverksamhetens första uppgift att söka skaffa material för att belysa frågan om befolkningens intresse för den förebyggande vården. Att densamma överallt mötts med förståelse och tacksamhet framgår emellertid av vad ovan anförts, och att vården på sina ställen trots den korta tiden tillvunnit sig stort och livligt intresse bekräftas av de ansvariga läkarna. Försöksverksamhetens närmast ligande uppgift har varit att pröva lämpligheten av den organisation styrelsen föreslagit dels i sitt remissvar angående betänkande angående

moderskapsskydd, dels i sina underdåniga skrivelser i ämnet (den 3 december 1930, den 23 juni och den 29 augusti 1931 samt den 21 juli 1932). Det torde framgå av det ovanstående, att de vunna erfarenheterna givit stöd åt de planer, styrelsen i nu nämnda akter framlagt. Det är därför på dessa, som styrelsen bygger i sin följande framställning.

Medicinalstyrelsens förslag.

Allmänna synpunkter.

När medicinalstyrelsen nu framlägger förslag till en statsunderstödd förebyggande mödra- och barnavård för hela vårt land, kan det måhända oaktat det nu anförda ifrågasättas, om vittgående åtgärder äro erforderliga. Betänkligheter av detta slag äro dock enligt styrelsens bestämda mening ingalunda motiverade. Härvid vill styrelsen anförä följande.

Inom förlossningskonsten känner man numera likaväl som inom övriga grenar av läkekonsten den stora betydelsen av att förebygga sjukdomar. Om komplikationer till havandeskap, förlossning och barnsäng, som förr ansågos oundvikliga, vet man att de i betydande grad kunna förebyggas, om deras orsaker eller de förebådande symtom, som man lärt sig spåra, i tid upptäckas och bliva behandlade. Mycket ofta förnimma de blivande mödrarna själva ej de tidiga tecknen till komplikationer, som längre fram kunna bliva livsfarliga. Moderskapsvård eller, kortare uttryckt, mödraskydd måste därför anordnas så att *alla* mödrar kunna komma i åtnjutande av detsamma och i tidigt stadium.

Av de 200—300 kvinnor, som i vårt land ännu årligen avlida i samband med barnsbörd, dö trots numera strängt tillämpad aseptik eller antiseptik vid förlossningen omkring halva antalet av infektion. Komme alla havande i åtnjutande av upplysning om vikten av att hålla sin kropp så ren som möjligt med skötsel i tid av bakterieförande utslag i huden, trasiga tänder, svalginfektioner, lärde de sig att slidan sista månaden före förlossningen måste skyddas för varje förorening, på det att bakterier ej skola bli införda, finge de lära sig att havande kvinnor borde i möjligaste grad undvika att komma i beröring med sjuka, framför allt febrande sjuka, vare sig barn eller fullvuxna, och bleve sådana råd följda, skulle den årliga siffran för i infektion avlidna barnaföderskor komma att betydligt minskas.

Den andra hälften av barnsbördens dödsskörd beror på alla övriga sjukliga avvikelser tillsammans. Även denna siffra skulle kunna be-

tydligt nedbringas om *alla* komme i åtnjutande av effektivt mödraskydd. Upptäcktes t. ex. tidigt sjukdomar i njurar (urinundersökning), hjärta eller lungor, förhandenvaron av trångt bäcken, föreliggande moderkaka eller felaktiga fosterlägen och bleve erforderliga åtgärder i rätt tid vidtagna, skulle många mödrar och barn kunna räddas till liv och hälsa.

Om endera av föräldrarna har syfilis och modern under hela grossessen får energisk behandling, kan barnet undgå att få nämnda sjukdom i arv.

Finge genom upplysningsverksamheten alla blivande mödrar lära sig att rätt sköta bröstvårtorna under sista månaderna av havandeskapet, skulle amningssvårigheterna avsevärt förminskas och den naturliga uppfödningen för barnen tryggas.

Även i andra avseenden är en allmänt genomförd mödravård av vikt för det blivande barnets utveckling. Styrelsen vill härvid erinra om senare års forskningar, som synas giva vid handen att en under havandeskapet rätt lagd kost har betydelse för barnets hälsa och utveckling.

Med detta endast några viktiga exempel på, huru ett allmänt och effektivt mödraskydd räddar mödrars och barns liv. För ett land som vårt med synnerligen låg nativitet måste alla åtgärder för mödraskydd från det allmännas sida anses som en nationens självbevarelsehandling.

Beträffande den förebyggande barnavården kommer måhända den starkt sjunkande barnadödligheten att åberopas som skäl mot omfattande åtgärder i förebyggande syftemål. Visserligen har spädbarnsdödligheten i vårt land liksom i andra kulturländer betydligt sjunkit, beroende på ett flertal omständigheter, bl. a. en förbättrad levnadsstandard, en ökad och förbättrad upplysning i fråga om barnavård och en sjunkande nativitet. Men redan den omständigheten att spädbarnsdödligheten är mycket olika i olika landsändar, i olika landskap, tyder på att kunskaperna om barnavård på många håll äro långt ifrån tillfredsställande, givande sig till känna bl. a. därigenom att den artificiella uppfödningen ännu har onödigt stor utbredning, och att upplysning och handledning väl behövas. Vidare får man komma ihåg att spädbarnsdödlighet och spädbarnssjuklighet äro i viss mån skilda begrepp. Sjukdomar och klenhetstillstånd uppstå ofta, utan att detta direkt kommer till synes i dödlighetssiffrorna, klenhetstillstånd, som kunna vara av betydelse för barnets framtida hälsa och utvecklingsmöjligheter.

Härtill kommer ytterligare en viktig omständighet. Den starkt sjunkande nativiteten gör det till en angelägenhet av den allra största vikt att barnen, deras hälsovård och deras fostran ordnas på bästa sätt och att sålunda statsmakterna och andra myndigheter vidtaga ändamåls-

enliga åtgärder för att hjälpa medborgarna och familjerna härutinnan. Visserligen är det ofrånkomligt, att de åtgärder, som styrelsen närmast föreslår, föranleda kostnader av allmänna medel. Men om man jämför omfattningen av kostnaden för de nämnda föreslagna åtgärderna med de kostnader, som utgå till kroppssjukvård och till sinnessjukvård och särskilt då avsedda för de vuxna, är det otvivelaktigt så — den uppfattningen är otvivelaktigt mycket näraliggande — att barnavården från det allmännas sida kommit för mycket i efterhand och att de kostnader det nu gäller äro mycket måttliga i förhållande till syftet och behovet.

Styrelsen har i sina nu föreliggande förslag närmast och i huvudsak begränsat sig till åtgärder, som syfta till en förbättrad mödravård och till en förbättrad barnavård under barnets tidigaste år. Detta icke därför att förhållandena skulle vara tillfredsställande i fråga om småbarns-åldern, lekåldern och skolåldern.

Tjänsteläkarnas berättelser och åtskilliga andra meddelanden och undersökningar giva tvärtom vid handen att så icke är förhållandet. De undersökningar exempelvis, som helt nyligen framlagts av docenten A. Kristenson och docenten U. Hjärne angående hälsotillståndet bland skolbarnen på Upplands landsbygd, tyda på uppenbara missförhållanden och bristfälligheter med hänsyn även till barn i äldre årsklasser. Styrelsen återkommer till denna fråga längre fram i sin skrivelse men vill dock i detta sammanhang bringa i erinran vad styrelsen härom anfört i sitt underdåniga utlåtande av den 25 januari 1932 över skolöverstyrelsens skrivelse angående åtgärder för förbättrad skolhygien i folk- och småskolor.

I sin nedanstående redogörelse för organisationen av ifrågavarande hälsovårdande verksamhet använder sig styrelsen av en i viss mån annan benämning än den som i betänkande angående moderskapsskydd (statens offentliga utredningar 1929:28) använts: föregående och efterföljande moderskapsvård, enär denna benämning lätt kan föranleda missförstånd. Med denna benämning ha de sakkunniga avsett en rådgivande verksamhet *dels* till den havande kvinnan ävensom den förlösta modern, *dels ock* beträffande det späda barnets vård. Emellertid vinner man en klarare uppfattning av innebörden i denna vård, benämnas *förebyggande mödravård resp. förebyggande barnavård*. Härtill kommer barnbördsvård eller förlossningsvård. Det torde vara lämpligt att styrelsen, innan den framlägger sitt förslag till de förebyggande vårdgrenarna, först framlägger sina synpunkter på ett bättre tillgodoseende av barnbördsvården.

Barnbördsvård.

Sedan styrelsens utlåtande rörande betänkandet angående moderskaps-skydd avgavs den 20 juni 1930, ha två för förevarande angelägenhet synnerligen viktiga beslut genomförts, nämligen förordningarna om erkända sjukkassor av den 26 juli 1931 (nr 280) och om moderskapsunderstöd samma år (nr 281), varjämte statens sjukvårdskommitté framlagt sitt betänkande (statens offentliga utredningar 1934:22).

Jämlikt förordning om erkända sjukkassor skall sålunda vid barnsbörd utgivas *moderskapshjälp* åt kvinnlig medlem, som omedelbart före barnsbörden varit medlem av sjukkassa under oavbrutet minst 270 dagar. Moderskapshjälpen skall omfatta dels ersättning enligt fastställd taxa för biträde av barnmorska vid förlossningen (barnmorskevård) eller för vård å allmän sal å förlossningsanstalt dels ock ett understöd i penningar för varje dag (moderskapspenning) motsvarande barnaföderskan tillförsäkrad sjukpenning dock lägst 2 kronor. Utgiver central-sjuk-kassa ersättning för vård å förlossningsanstalt, äger kassan minska den kvinnan för vårdnadstiden tillkommande moderskapspenningen med belopp motsvarande kassans kostnader för vården, dock med viss inskränkning. Moderskapspenning skall utgå för en tid i omedelbart sammanhang med barnsbörden av minst 30 samt ej för längre tid än högst 56 dagar. För kvinna, som viss angiven tid före barnsbörden använts till arbete, som avses med förbudet i 10 § första stycket lagen om arbetarskydd, skall understöd tiden vara minst 42 dagar.

Enligt förordningen om *moderskapsunderstöd* skall behov av sådant understöd, där ej särskilda omständigheter till annat föranleda, anses föreligga, om för kvinnan eller, där hon är gift och sammanlever med sin man, för makarna tillsammans vid senaste taxering till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt icke upptagits beskattningsbart belopp uppgående till minst 500 kronor. Andra väsentliga regler äro att moderskapsunderstödet utgår i allmänhet för tid omedelbart före och efter barnsbörden, då kvinnan avhåller sig från förvärvsarbete samt för högst trettio dagar, därav högst 14 dagar före barnsbörden. Till sådana kvinnor, som avses i 10 § första stycket i lagen om arbetarskydd, utgår med iakttagande av vissa bestämmelser understöd för en tid av högst 56 dagar. Moderskapsunderstöd utgår för varje dag kvinnan är berättigad till sådan förmån med belopp motsvarande regelmässigt utgående moderskapsbidrag av statsmedel till erkända sjukkassor för närvarande normalt med en krona per dag.

Statens sjukvårdskommitté har i sitt betänkande sid. 416 o.ff. framhållit, att genom förordningen om moderskapsunderstöd de mindre bemedlade barnaföderskornas möjligheter att vid behov förskaffa sig vård å

förlossningsanstalt i icke ringa grad underlättats. De höga legosängsavgifterna hava dock medfört, att den hjälp moderskapsunderstödet avsetts innebära oftast icke är tillräcklig för att tillförsäkra henne vård å förlossningsanstalt. Sjukvårdskommittén har därför förordat en förbättring av moderskapsunderstödet på så sätt att för varje barnaföderska, som äger uppbära moderskapsunderstöd och som förlöses å allmän sal vid av landsting resp. icke-landstingsstad organiserad anstalt (förlossningshem och förlossningsrum hos barnmorska inbegripna) eller vid avdelning för barnsbörd, driftbidrag skulle utgå av statsmedel med 2 kronor per dag under 10 dagar på villkor att av barnaföderskan icke uttages högre avgift än en krona, d. v. s. den lägsta legosängsavgift, som för närvarande uttages för lasarettsvård i allmänhet.

Dessa förordningar och nämnda kommittés förslag har föranlett styrelsen att ej oväsentligen förändra de förslag till barnbördsvårdens organisation ur ekonomisk synpunkt, vilka framlagts i styrelsens utlåtande sid. 58—62 om betänkande angående moderskapsskydd. Styrelsen får därvid erinra om, att styrelsen i sitt utlåtande av den 7 december 1934 rörande statens sjukvårdskommittés förslag helt och hållet tillstyrkt detta beträffande den slutna barnbördsvården.

Vad åter vidkommer barnmorskevården utanför anstalt, finner styrelsen att vissa ändringar beträffande kvinnans utgörande av kostnaderna för densamma äro önskvärda. I första hand vill styrelsen föreslå, att arvodet till barnmorska för biträde vid förlossning skall fastställas av medicinalstyrelsen efter förslag av vederbörande barnmorskestyrelse. Oaktat de svårigheter, som med hänsyn till de olika rådande förhållandena i vårt land därmed kunna vara förknippade, finner styrelsen en dylik ändring fullt motiverad ur synpunkt att vinna största möjliga likformighet av ifrågavarande taxa. Visserligen torde för vissa större städer en högre taxa visa sig vara erforderlig, men kunde för landet i övrigt likformiga bestämmelser i fråga om ersättningen för barnmorskas biträde vid förlossning fastställas, vore därmed förenade bestämda fördelar. Styrelsen vill därjämte framhålla lämpligheten av att det belopp, som sålunda fastställts i denna taxa utbetalas direkt till vederbörande barnmorska av den erkända sjuk-kassa, som har att utbetala kostnader för barnmorskevård. Medicinalstyrelsen vill vidare föreslå att i arvodet enligt den på detta sätt fastställda taxa inbegripes ersättning till barnmorska för de efterbesök hon gör i samband med barnsängen. I sitt utlåtande över moderskapsunderstödssakkunnigas betänkande har styrelsen räknat med två å tre dylika besök efter förlossningens avslutande och förslagsvis upptagit arvodet härför till 2 kronor per besök, dock *högst* fem kronor för varje förlossning. Vad angår arvodet för biträdet vid själva förlossningen ansåg styrelsen att detta genom-

snittligen borde beräknas till 10 kronor. I nu nämnda arvoden skulle icke inbegripas skjutsersättning utan kostnaderna härför skulle utgöras av kvinnan själv.

Styrelsen, som icke har anledning att frångå nämnda beräkningsgrunder, vill sålunda för sin del föreslå, att kostnaden för dessa efterbesök, som utgöra en del av förlossningsvården, skola anses ingå i kostnaderna för det »biträde av barnmorska vid förlossningen» (barnmorskevård), vilka begrepp återfinnas i § 32 förordningen om erkända sjukkassor och § 8 förordningen om moderskapsunderstöd, och finner en medelkostnad av 5 kronor härför skälig. Styrelsen finner så mycket större skäl härtill som ett visst antal besök hos barnaföderska under den första event. andra veckan efter förlossningen enligt nutida uppfattning ingår i en tillfredsställande förlossningsvård. Äro besök hos barnaföderskan behövliga i senare stadium, föreligga nästan undantagslöst sjukliga förändringar och bör då läkare tillkallas. Ofta är kvinnan i sådana fall i behov av sjukhusvård. Genom att inbegripa tillsynen av barnaföderskan under barnsängstiden i *arvodet för barnmorskevård* kommer det av moderskapsunderstödssakkunnige använda uttrycket »efterföljande moderskapsvård» att bortfalla. Nämnda arvode skulle enligt ovan anförda komma att uppgå till minst 15 kronor.

Styrelsen finner icke skäl att i denna skrivelse ingå på närmare detaljer i en på ovan föreslaget sätt fastställd barnmorsketaxa. De principer, som styrelsen sålunda rekommenderat, har för övrigt redan tillämpats inom vissa sjukvårdsområden såsom i Östergötlands län och till synes med god framgång. Barnmorsketaxa för Östergötlands län finnes såsom bilaga närsluten denna skrivelse (bil. 7).

Styrelsens tidigare i sitt meromnämnda utlåtande framlagda förslag angående utgörande av barnmorskehjälp inklusive efterbesök förfaller med det sålunda sagda.

Som ovan nämnts har statens sjukvårdskommitté föreslagit, att statsbidrag skall utgå till av landsting och icke-landstingsstad driven förlossningsanstalt för där vårdad kvinna, som åtnjuter moderskapsunderstöd, för en tid av högst 10 dagar med 2 kronor per dag samt under villkor, att dagavgiften till förlossningsanstalten utgår med endast *en* krona per dag, ett förslag, som medicinalstyrelsen för sin del i utlåtandet över nämnda kommittés betänkande har tillstyrkt. Jämväl för övriga barnaföderskor synas emellertid vissa lättnader i kostnaden vid barnsbörd vara väl motiverade. Styrelsen vill därför föreslå att alla barnaföderskor som för barnsbörd vårdas på allmän sal å anstalt av å föregående sida nämnt slag, under villkor av enahanda statsbidrag komma i åtnjutande av samma nedsättning i legosängsavgift å förlossningsanstalt som föreslagits för den kvinna, vilken är berättigad till moderskapsunderstöd.

Enär med nuvarande avfattning av 32 § i förordningen om erkända sjukkassor kassans prestation i fråga om moderskapshjälp är obligatorisk endast vad avser »barnmorskevård», medan ersättningen för vård å allmän sal å förlossningsanstalt synes vara en fakultativ prestation, vilken endast vissa centralsjukkassor gjort till obligatorisk, och sjukkassem medlemmen sålunda får vidkännas en större kostnad för barnsbörden vid förlossning å anstalt med nuvarande avgifter än om densamma sker i hemmet, kan detta förhållande medverka till att barnaföderskan i icke önskvärd utsträckning förlägger förlossningen till hemmet. Detta torde icke ha avsetts med bestämmelserna. Styrelsen vill därför föreslå den förändringen i § 32 av förordningen om erkända sjukkassor, att med *barnmorskevård* skall avses ersättning antingen enligt fastställd taxa för biträde av barnmorska vid förlossningen eller för barnbördsvård å allmän sal å anstalt av nyssnämmt slag.

En annan fråga är om icke den lättnad, som ett förverkligande av statens sjukvårdskommittés förslag angående sänkning av dagavgiften å förlossningsanstalt för till moderskapsunderstöd berättigade kvinnor till 1 krona och styrelsens nyss framlagda förslag till utvidgning av detta förslag skulle medföra, motiverar en kompensation i form av högre statsbidrag för de kvinnor med rätt till moderskapsunderstöd, som förlösas utanför anstalt. Även om icke barnmorskevården skulle draga högre kostnad än dagavgiften på förlossningsanstalten, vilket emellertid kan förutsättas, vållar en förlossning i hemmet dock en del utgifter, som ingå i dagavgiften på förlossningsanstalt, såsom för kvinnans kost, tvätt, vissa för barnbördsvården nödiga utensilier, hemhjälp m. m. Det kan därför under sådana förhållanden vara skäligt att en ersättning utgår härför. Styrelsen anser sig icke uppskatta denna för högt, om densamma sättes till 10 kronor. Med hänsyn till bestämmelserna i förordningen om moderskapsunderstöd synes, försåvitt styrelsen kan bedöma, enklast om en föreskrift lämnades att, i de fall förlossningen sker utanför landstingsanstalt, moderskapsunderstödet höjes med 10 kronor.

Det kan mot detta förslag göras den anmärkningen att en dylik ökning av moderskapsunderstödet måhända skulle medföra, att kvinnan i så fall bleve mera benägen att vid barnsbörd stanna i hemmet. Ehuru väl styrelsen för sin del finner ett dylikt antagande löst grundat, vore det kanske lämpligt att det föreslagna tillägget till moderskapsunderstödet endast komme att utgå under viss övergångsperiod, förslagsvis 10 å 15 år eller intill dess den slutna barnbördsvården kan beräknas blivit utbyggd, så att flertalet ifrågavarande barnaföderskor kunna beredas plats å anstalt, vilket nu icke är fallet.

Någon skillnad mellan den del av moderskapshjälp, som tillkommer

sjukkasmedlem och avser barnmorskevård, och den fria förlossningsvård, som moderskapsunderstödet avser att bereda kvinnan, synes icke böra upprätthållas. Denna skillnad bortfaller ju praktiskt taget om enligt statens sjukvårdskommittés förslag nedsatt avgift på förlossningsanstalt till 1 krona beredes kvinnor, som äro berättigade till moderskapsunderstöd, samt om enligt medicinalstyrelsens ovannämnda förslag moderskapsunderstödet höjes med 10 kr. för kvinna, som icke begagnar ifrågavarande anstaltsvård. I överensstämmelse härmed borde den ändringen vidtages i förordningen angående moderskapsunderstöd, att i likhet med bestämmelsen i 32 § förordningen om erkända sjukkassor i fråga om moderskapshjälp moderskapsunderstödet skall omfatta ersättning antingen enligt fastställd taxa för biträde av barnmorska vid förlossningen eller för barnbördsvård å allmän sal å ovannämnd anstalt.

Ovanstående förslag innebära i realiteten en höjning av nu utgående moderskapshjälp och moderskapsunderstöd. För visso tala starka skäl för att en ytterligare och verksam höjning av moderskapsunderstödet snarast möjligt genomföres. Styrelsen äger emellertid icke tillräcklig överblick över detta ämne för att kunna framlägga detaljerat förslag härtill.

Styrelsen vill här därför ur synpunkten av att bereda kvinnor god barnbördsvård endast understryka den stora betydelsen att de förslag rörande höjning av moderskapsunderstödet genom statens bidrag till barnbördsvården, som statens sjukvårdskommitté föreslagit, i varje fall måtte finna beaktande från statsmakternas sida.

Förebyggande mödra- och barnavård.

Styrelsen övergår härefter till att framlägga sitt förslag till organisation av den förebyggande mödra- och barnavården. Styrelsen anser sig då först böra erinra om vad som för övrigt tidigare framhållits, att *denna vård icke är avsedd att vara sjukvård*. Verksamhetens egentliga syfte är att vara hälsovårdande och att, i den mån så är möjligt, därigenom förebygga uppkomsten av sjukdomar. Det är av vikt att redan från början noga avgränsa detta verksamhetens syftemål. Det ligger väl i sakens natur, att allmänheten särskilt i detta hälsovårdsarbets begynnelsestadium skall känna sig stå inför vissa svårigheter att göra åtskillnad på sjukvård och hälsovård, och att det ofta är först när sjukliga symtom visa sig som man uppsöker de institutioner, som äro avsedda att tillgodose denna förebyggande vård. Det är emellertid att förvänta, att läkare och sköterskor skola visa full förståelse för de hjälpsökandes missförstånd i nu nämnt avseende och handla med hänsyn härtill. Det är av vikt att så sker, till dess de hjälpsökande lärt sig

inse denna samhällshjälps mening och gagn. Men det är icke desto mindre av stor betydelse, att redan vid första besöken noggrann vägledning lämnas i detta hänseende genom muntliga och eventuellt skriftliga upplysningar. Det kan eljest lätt inträffa, att hela verksamheten blir missförstådd, arbetet felriktat och även läkarnas intresse för densamma småningom förminskat.

Styrelsen vill här framhålla, att en av de väsentliga erinringar, styrelsen gjorde i sitt utlåtande över betänkande angående moderskapsskydd, var »att de sakkunniga vid planläggningen av denna vård icke tillräckligt beaktat den fundamentala betydelsen av läkarens medverkan». I överensstämmelse med sin uppfattning rörande läkarens förhållande till den förebyggande mödra- och barnavården har styrelsen föreslagit, att *tjänsteläkaren inom resp. distrikt* i regel ställes såsom ledare för verksamheten därstädes. Det har för övrigt ansetts självfallet, att läkare stått som ledare för redan upprättade moderskaps- och barnavårdscentraler.

Beträffande övriga befattningshavare voro i den av styrelsen handhavda försöksverksamheten gränslinjerna ej fullt fixerade mellan å ena sidan barnmorskornas, å andra sidan distriktssköterskornas arbetsuppgifter. Detta berodde icke på något förbiseende. Styrelsen ansåg det nämligen lämpligt att man på grund av olika lokala förhållanden borde i försöksverksamheten pröva sig fram på i viss mån något olika sätt.

Vad angår frågan om hur arbetsfördelningen mellan barnmorskor och sköterskor i stort sett bör ordnas i det profylaktiska hälsoarbetet har styrelsen i skrivelse till Konungen av den 14 maj 1934 med anledning av underdånig skrivelse från svenska barnmorskeförbundets styrelse närmare utvecklat sin uppfattning.

I detta sammanhang vill styrelsen endast erinra om, att den i den förebyggande mödravården ingående övervakningen av den havande kvinnan bör ske av läkare med i regel barnmorska som biträde. Av naturliga skäl blir det också barnmorskorna, som äro läkaren behjälpliga med råd och hjälp till modern både angående henne själv och hennes barn under de första veckorna efter förlossningen. Efter denna tidpunkt är det enligt styrelsens mening i regel distriktssköterskan, som bör vara läkaren behjälplig med den profylaktiska vården och övervakningen av barnet. Så som utbildningen av denna befattningshavare nu är ordnad, blir detta också en följdriktig arbetsfördelning. Detta hindrar ej att läkaren kan, när så av lokala eller personliga förhållanden påfordras, lämna arbetsuppgifter åt sina båda grupper medhjälpinnor av något ökad eller minskad omfattning. Under försöksverksamheten har det ej kommit till styrelsens kännedom, att några slitningar eller

svårigheter på grund av arbetsfördelningen mellan barnmorskor och distriktssköterskor visat sig, oaktat densamma varit av något olika natur i olika distrikt.

Vad frågan om personalens kompetens för de dem tillkommande uppgifterna beträffar, vill styrelsen först framhålla, att läkarna i Sverige erhålla en grundligare utbildning i pediatrik (barnsjukdomar) än i de flesta andra länder. Det kan väl här anmärkas, att densamma varit något ensidigt inriktad på diagnos och behandling av barnsjukdomar och att den sociala barnvården måhända blivit mindre beaktad än den förtjänat. Det torde emellertid vara att förvänta, att ju större krav, som ställas på läkarna i senare avseende, desto större hänsyn kommer att härtill tagas vid den akademiska undervisningen. Enligt vad styrelsen har sig bekant hava dessa synpunkter redan börjat beaktas. Beträffande de läkare här närmast är fråga om — tjänsteläkarna — må framhållas, att de samtliga redan innan de tillträda sina tjänster ha en flerårig läkarverksamhet bakom sig och att det vetande, de under sin studietid och praktik därefter inhämtat, erbjuder ett synnerligen beaktansvärt allmänt underlag för ifrågavarande uppgifter, då intresset härför finnes. Det torde vara endast i ett fåtal undantagsfall detta saknas. Styrelsen har emellertid beaktat önskvärldheten av att tillfälle beredes tjänsteläkare till fortsatt utbildning i socialhygien och socialmedicin och i underdånig skrivelse av den 17 oktober 1934 anhållit om medel för anordnande av kurser i dessa ämnen. Den omständigheten att fortsatt utbildning är önskvärd i form av en omlagd undervisning i pediatrik eller komplettering av densamma och att dylik icke ännu kommit ett tillräckligt antal redan utexaminerade läkare till del, kan emellertid icke med fog anföras för ett uppskov med av staten organiserad och stödd förebyggande barnvård. Detta vore att i alltför hög grad underskatta våra tjänsteläkares kompetens.

Vad läkarnas utbildning i förlossningskonst angår kräver denna enligt styrelsens mening ingen påbyggnad med hänsyn till här ifrågasatta nya uppgifter för läkarna.

För de uppgifter, som i regel skulle tillkomma barnmorskorna, är deras nuvarande utbildning tillräcklig.

Beträffande distriktssköterskornas nuvarande utbildning må här framhållas, att densamma redan nu är utvidgad med en månads tjänstgöring vid barnvårdscentral. Den omfattar, vad här är av intresse att nämna, förutom nämnd undervisning 3 à 4 månaders kurs å barnsjukhus. Flera sköterskor, som genomgått distriktssköterskeskolan, ha vida längre utbildning i detta ämne, förvärvat före inträdet i nämnda skola. Därjämte lämnas utbildning å epidemisjukhus och å barnbördshus. Undervisningen är såväl teoretisk som praktisk.

Medicinalstyrelsen vill vidare meddela, att styrelsen i sin underdåniga skrivelse den 4 maj 1933 med förslag till omorganisation av distriktsvården framlagt plan till en utvidgad undervisning till distriktssköterskorna. Enligt denna plan skulle, vad angår undervisningen i barnavård, utbildningen omfatta minst 6 månaders kurs å barnsjukhus, en månads kurs å moderskaps- och barnavårdscentral samt därjämte viss tjänstgöring å barnbördshus ävensom hospitering å olika anstalter för social barnavård och skolsköterskearbete. Kungl. Maj:t har i proposition (nr 213) till innevarande års riksdag framlagt förslag till den av styrelsen föreslagna utvidgningen av statens distriktssköterskeskola och härvid icke gjort någon erinran mot vad styrelsen i nu nämnt hänseende förordat.

Styrelsen har sålunda ansett en förbättring av dessa sköterskors utbildning erforderlig. Denna styrelsens åsikt får emellertid icke givas den tolkning, att de nuvarande distriktssköterskorna skulle med hänsyn till sin utbildning vara inkompetenta för den förebyggande barnavården. På grund av att denna kår är jämförelsevis ny kvarstår ännu ett visst antal dispenserade sköterskor med mindre god utbildning. Icke dess mindre ha även många av dessa visat sig mycket dugliga i det praktiska arbetet. Jämlikt Kungl. Maj:ts nyss nämnda proposition skulle s. k. fortsättningskurser komma till stånd för dessa sköterskor. Det personliga omdömet och intresset är för övrigt här som på så många andra arbetsområden av väsentlig betydelse. Dessa dispenserade sköterskor höra; emellertid till äldre årgångar och med deras avgång vinner kåren i homogenitet vad utbildning beträffar. Den hittillsvarande erfarenheten av distriktssköterskorna är, att de fylla rimliga fordringar i fråga om den hälsovårdande verksamhet, som hittills tillagts dem. Det är med all säkerhet att förvänta, att så skall bliva fallet vid ökade arbetsuppgifter, även om de större kraven göra en vidare utbildning önskvärd. De brister, som i detta hänseende förefinnas, kunna emellertid enligt styrelsens förmenande, lika litet som beträffande läkarna, utgöra bärande skäl för ett uppskjutande av ifrågavarande högst betydelsefulla socialhygieniska angelägenhet. Svårigheter av dylik art lära aldrig kunna undvikas under en övergångsperiod.

Beträffande den förebyggande mödravårdens planläggning har styrelsen angivit huvudsakligen följande] riktlinjer, som i stort sett återfinnas i dess utlåtande över betänkande angående moderskapsskydd. I regel torde avsett resultat av den förebyggande mödravården kunna vinnas, om den havande kvinnan underginge en *första* undersökning, verkställd av barnmorska, under förra hälften av havandeskapet, och en *andra* undersökning, verkställd av läkare, under senare delen av detsamma. I förra fallet torde rådfrågningen komma att röra sig om fastställande

av havandeskapet och den ungefärliga tidpunkten för förlossningen, lämnande av en del allmänna råd och hygieniska föreskrifter för havandeskapstiden. Den av läkare verkställda undersökningen skulle däremot avse att utröna, huruvida sjukliga rubbningar av betydelse för havandeskapet och för den blivande förlossningen föreligga. Om så är fallet och det befinnes erforderligt, böra läkarundersökningarna upprepas och direktiv rörande sökande av eventuell anstaltsvård lämnas. Ett synnerligen viktigt moment i vården av den havande kvinnan äro periodiskt återkommande urinundersökningar. Dylika undersökningar böra ske till ett antal av 8 à 10 stycken under havandeskapstiden. Urinundersökningarna böra kunna överlåtas på barnmorskorna, i den mån de icke bekvämare verkställas på annat håll. Dylika undersökningar skulle då åligga distriktsbarnmorskorna och låter väl sig detta lämpligast ske utan svårighet å landsbygden och de mindre städerna. Beträffande de större städerna, där övertvägande antalet förlossningar sker å anstalt och tjänstebarnmorskornas antal därför är ringa, torde möjligheter finnas att — intill dess förebyggande vård i erforderlig utsträckning anordnats för havande kvinnor — få dessa undersökningar utförda även på annat sätt.

Styrelsen finner det angeläget att här betona, att den i förevarande skrivelse föreslagna verksamheten är beträffande barnavården att beteckna endast som en början till den omvårdnad av individen, som ur socialhygienisk synpunkt kan anses påkallad. Med bättre tillgång till för ändamålet utbildade arbetskrafter och jämsides med en ökad fordran från allmänhetens sida i fråga om lätt tillgång till vård av här avsedd art, kommer givetvis en utbyggnad av densamma att bliva erforderlig. Men även av andra skäl är en utbyggnad stegvis att förorda.

Åldersgränsen för barnavården har varit föremål för ingående överväganden. Moderskapsunderstödssakkunniga ha ansett, att tillsynen av spädbarnet bör fortgå till omkring ett år efter förlossningen. I försöksverksamheten har även gjorts denna begränsning. Många och bärande skäl kunna emellertid anföras till förmån för en utsträckning av den övre åldersgränsen. Avbrott i barnets övervakning kan nämligen icke anses ha sin grund i några biologiska företeelser och förhållanden. Praktiska olägenheter av ett sådant avbrott hava också givit sig till känna. Olägenheten är måhända lika märkbar, då det gäller barnets psyke som dess somatiska utveckling. Då styrelsen föreslår att gränsen sättes till ett år, beror detta sålunda icke på bristande förståelse för betydelsen av övervakning av barnet i kolt- och lekåldrarna utan fastmera därpå, att styrelsen anser att vid igångsättande av ifrågavarande hälsovårdsarbete på en bred samhällelig bas utvecklingen bör gå stegvis alltefter som erfarenheter inhämtats. Styrelsen anser sig sålunda böra föreslå,

att den statsunderstödda tillsynen skall till en början avse det första levnadsåret. Det är såsom även av det föregående framgår dock med den största tvekan styrelsen föreslår denna tidsgräns. Starka medicinska skäl tala nämligen för att vården omfattar även andra levnadsåret. Det bör därför vara vederbörande läkare medgivet att, om han finner att barnets hälsotillstånd så fordrar, tillåta detsamma stå under fortsatt tillsyn av ifrågavarande art även efter den tid, som ansetts böra vara regel.

Det är vid vissa perioder i spädbarnets liv, som tillsyn är särskilt önskvärd. Den första perioden inträffar i regel vid den tidpunkt, då fråga uppstår om barnet skall uppfödast med modersmjölk eller på artificiellt sätt, d. v. s. någon gång under barnets första levnadsveckor. Sedermera gestalta sig förhållandena olika allt efter som det gäller bröstbarn eller flaskbarn. Beträffande de förra är tillsyn i en del fall påkallad vid avvänjningens början och någon gång senare, när denna genomförts; beträffande de senare däremot är tillsyn önskvärd vida oftare. Antalet rådfrågningar, som genomsnittligt behövas, är sålunda vanskligt att bedöma, men synes det styrelsen ur vårdsynpunkt mycket vunnet, om man kunde beräkna ett genomsnittligt antal av 5 rådfrågningar under det första levnadsåret.

Organisation.

Såsom såväl betänkandet om moderskapsskydd och styrelsens utlåtande härom giva vid handen liksom ock redogörelsen för försöksverksamheten angiver synes för utvinnandet av största effekt av denna förebyggande vård en differentiering av de organ, som skola handha den samma, vara erforderlig närmast på grund av önskvärdheten av att i den mån så är möjligt kunna utnyttja specialutbildade läkare. Ytterligare differentiering kan vara motiverad av hänsyn till befolkningstäthet, kommunikationer m. m. Ovan har närmare angivits den personal, som är för verksamheten erforderlig, och fördelningen av densamma. Denna fråga kan därför i detta sammanhang förbigås. De olika typer för ifrågavarande verksamhet, vilka enligt hittills vunnen erfarenhet visat sig lämpade för vårt land, benämnas i det följande: *mödra- och barnavårdscentraler, typ I*, ledda av specialutbildade kvinnoläkare, resp. barnläkare (i de större städerna, där barnbördshus och barnsjukhus resp. självständiga barnbörds- och barnavdelningar vid sjukhus finnas eller åtminstone specialutbildade kvinno- resp. barnläkare äro verkamma; *mödra- och barnavårdscentraler, typ II* (i städer, där nämnd specialisering ej finnes, eller i mycket tätt befolkad industribygd) samt *mödra- och barnavårdsstationer* i mindre samhällen och på landsbygd.

Vid *centraler av typ I* skola enligt styrelsens uppfattning mödravården och barnavården vara skilda åt, den förra under ledning av en kvinnoläkare, vilken är lasarettsläkare eller har dennes ställning, den senare under ledning av en barnläkare event. vid poliklinik till sjukhus eller avdelning, för vilken barnläkare är chef. Beträffande central av typ I utnyttjas för denna verksamhet således den specialutbildade läkarpersonal, som finnes på orten. Något tvång kan enligt nuvarande författningar visserligen icke åläggas ifrågavarande lasarettsläkare att åtaga sig denna verksamhet. Styrelsen förväntar emellertid att vederbörande läkare skola ha ett så stort och levande intresse för densamma, att de utan tvekan skola ställa sig till förfogande för uppgiften ifråga. Styrelsen räknar med, att centralerna av typ I skola, förutom att de tillgodose mödra- och barnavården i hela dess omfattning inom ett för dem avpassat område — alltså även fältarbete — jämväl bliva konsultationscentraler, till vilka mödrar och barn kunna, då behov därav föreligger, sändas från andra centraler samt mödra- och barnavårdsstationer inom resp. sjukvårdsområde.

Beträffande mödravårdscentraler av typ I vill styrelsen framhålla, att för närvarande i Stockholm endast finnes en sådan, vid Allmänna barnbördshuset. En andra motsvarande institution planeras enligt vad styrelsen under hand inhämtat vid Södra barnbördshuset i samma stad. Styrelsen finner, att man för närvarande efter förverkligande av denna plan kan beträffande Stockholm anse behovet fyllt genom inrättande av ytterligare en mödracentral. I Göteborg har ifrågavarande vård utövats på en central — förlagd till stadens barnbördshus polikliniklokaler — och har denna enligt vad dess förre ledare professor B. Lundqvist upplyst visat sig tillräcklig, även om den tidvis varit ganska hårt belastad. För säkerhets skull räknar styrelsen för närvarande med två dylika centraler i Göteborg. En sådan central bör finnas i vardera av de övriga icke-landstingsstäderna och i de övriga städer, där under ovan angivna förutsättningar centraler av denna typ för det nuvarande skulle kunna inrättas: Uppsala, Linköping, Lund, Hälsingborg, Örebro samt Gävle. Lokalfrågan torde beträffande mödracentralerna vara lätt löst. Man synes nämligen kunna utgå ifrån, att de på enstaka undantag när kunna förläggas till barnbördshusens resp. barnbördsavdelningarnas mottagnings- eller polikliniklokaler. Mottagningstiden lär kunna begränsas till två à tre gånger i veckan, i flertalet av de största städerna synes t. o. m. en mottagning varannan vecka kunna vara tillfyllest. Särskild personal — barnmorska eller sjuksköterska — torde behöva anställas endast vid de största mödracentralerna. I övrigt synes det styrelsen att verksamheten icke blir större än att den kan omhändervärdas av sjukhusens egen personal. Även vid de största centralerna

lärer det för övrigt icke kunna bli fråga om heltidstjänster. Den största delen av arbetstiden kunna centralernas barnmorskor eller sköterskor helt säkert ägna sjukhuset som sådant, i all synnerhet om vederbörande samhällen där behov därav göra sig gällande ställa kuratorer till centralernas förfogande. Beträffande dessa centralers arbetsuppgifter hänvisas till vad som ovan anförts. Vikten av samarbete mellan mödravårdscentralerna och samhällets hjälpinstitutioner för blivande mödrar bör emellertid framhållas.

Inledningsvis må beträffande barnavårdscentralerna meddelas, att de leda sitt ursprung från de s. k. mjölkdropparna, där mödrar fingo sina späda barn tillsedda och antingen hämta för barnen anpassade mjölkblandningar eller mottaga anvisning på sådana. Mjölkdropparna sköttes av läkare med biträde av sköterskor. I den mån insikten om vikten av bröstuppfödningen trängde igenom omlades vissa av dessa mjölkdroppar till enbart rådfrågningsstationer för spädbarn och nedlades tyvärr andra. Någon större utveckling ha dessa centraler fått endast på ett fåtal platser — i regel i de största städerna (se bil. 8). Det karaktäristiska för deras verksamhet är, att centralen, som ledes av läkare, har allt efter behovet mottagningar vissa angivna tider i veckan, då mödrarna infinna sig med sina barn, som undersökas för utrönande av om deras utveckling sker normalt. Om rubbningar därvid påvisas, lämnas råd och anvisningar angående barnets skötsel, samt om sjukdomar upptäckas, gives hänvisning till läkare för behandling. En annan minst lika viktig uppgift för centralerna är att de genom sina sköterskor stå i förbindelse med barnens hem. Härigenom vinnes ökad möjlighet att övervaka barnets skötsel och rätta i detta hänseende föreliggande brister samt genom förbindelse med myndigheter såsom fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnder förmedla ekonomisk och annan hjälp, där så kräves för barnens rätta vård och fostran. Det är av väsentlig betydelse, att centralen skall ha ett intimt samarbete med sådana inrättningar som barnsjukhus, barnhem, barnkrubbor m. m., vilka hava till sin uppgift att omhändertaga barn i spädbarnsåldern. Under nu angivna förhållanden är sköterskans arbete av synnerligen stor betydelse för centralens behöriga verksamhet och kräves det av henne icke blott särskild sakkunskap på barnavårdens område utan även ingående kännedom om samhällets hjälpverksamhet i allmänhet och — icke minst med hänsyn till hennes intima förbindelser med hemmen — takt och finkänslighet samt auktoritet. Vad här sagts om samverkan med andra institutioner på barnavårdens område och sköterskans kvalifikationer gäller självfallet även mödra- och barnavårdsstationerna och deras personal.

Styrelsen torde kunna inskränka sig till det nu anförda angående

barnavårdscentralernas arbetsuppgifter. Frågan är icke ny. Redan i juni år 1923 behandlades densamma av fem inom pediatrika sektionen av Svenska läkaresällskapet utsedda kommitterade. Ett exemplar av kommitterades betänkande bifogas detta styrelsens utlåtande (bil. 9). I betänkandet angående moderskapsskydd sid. 44—55 har jämväl docenten Axel Höjer under titeln Mjölkdroppar och barnavårdscentraler närmare ingått på denna fråga och hänvisar styrelsen härtill.

Vad kapaciteten hos barncentralerna av typ I beträffar föreligga vissa erfarenheter väsentligen från de fyra största städerna (se bil. 8). Så har Stockholm 9, Göteborg 10, Malmö 6 samt Norrköping 1 central. Enligt vad styrelsen under hand inhämtat fylla dessa centraler i Stockholm i det stora hela väl samt i de övriga städerna mycket väl behovet. Av skäl, som angivas nedan i avdelningen ekonomiska beräkningar, anser styrelsen böra tillsvidare åtnöja sig med att för icke-landstingsstäderna uppskatta behovet av barnavårdscentraler till en i städer till och med 50 000 invånare samt, om så prövas erforderligt, en central för varje påbörjat antal 50 000 invånare därutöver. Det kan givetvis ifrågasättas, om icke till icke-landstingsstäder med mindre än 50 000 invånare skulle kunna anslutas kringliggande landsbygd. Erfarenheten från försöksverksamheten i Hälsingborg har visat, att detta låter sig väl göra. Då emellertid på grund av skilda huvudmannaskap konflikter lätt kunna uppstå och dessa senare städer endast äro två till antalet — Hälsingborg och Gävle — avstår styrelsen från att framlägga förslag härom. Annorlunda ligga förhållandena till med landstingsstäderna med centraler av typ I. Till dessa bör givetvis anslutas landsbygd i lämplig utsträckning. Härtill återkommer styrelsen nedan på tal om centraler av typ II (se sid. 27).

Som ovan har sagts torde man vara berättigad utgå ifrån att endast undantagsvis andra lokaler än mottagningslokaler resp. polikliniklokaler vid barnbördshus eller barnbördsavdelningar skola bli erforderliga för mödracentraler. Något annorlunda ligger saken till vid den förebyggande barnvården. Det är här angeläget, att avstånden från barnens hem till centralen icke bli stora och att icke samtidigt många barn komma tillsammans. Såvitt styrelsen inhämtat har i en stad av Norrköpings storleksordning *en* mottagningslokal visat sig vara tillräcklig. Under sådana förhållanden synes man vara berättigad antaga, att lokal-kostnaderna för barnavårdscentraler av typ I icke skola åsamka det allmänna några nämnvärda kostnader allteftersom barnavdelningar inrättas vid våra sjukhus i landstingsområdena. Det kan nämligen förväntas, att barnavårdscentralerna kunna med fördel förläggas till barnsjukhus eller barnsjukavdelningars polikliniker resp. mottagningslokaler. För närvarande ha vi tyvärr endast en enda vid lasarett ansluten barn-

sjukavdelning med specialutbildad läkare utanför icke-landstingsstäderna, nämligen i Linköping. Det är emellertid att hoppas, att den kraftiga maning, som statens sjukvårdskommitté riktat till landstingen att på ett bättre sätt tillgodose den slutna barnsjukvården, snart skall leda till resultat och att den vaknande insikten om barnavårdens stora betydelse för hela vårt folk skall kraftigt bidra till uppkomsten av till en början ett barnsjukhus eller i samband med centrallasarett en barnsjukavdelning med lasarettsläkare i det övervägande flertalet landstingsområden. Man torde ock ha anledning utgå ifrån, att redan innan dylika uppstått vid centrallasaretten barnspecialister skola finna med sin fördel förenligt att slå sig ned som practici i våra medelstora städer.

Det är efter vad ovan anförts uppenbart, att för närvarande det stora flertalet barncentraler av typ I måste förläggas till särskilda lokaler utanför sjukhusen. De lokaler, som behöva inrättas eller förhyras för barnavårdscentraler, kunna vara av enkel beskaffenhet. De torde i allmänhet böra utgöras av kapprum med toalett och städrum, väntrum helst med s. k. boxar, läkarens mottagningsrum, vilket även kan användas som expeditiionsrum, samt vid större centraler ett särskilt isoleeringsrum, även detta med boxar, för barn, som misstänkas lida av infektiösa sjukdomar. Det är självfallet, att enkelheten i lokalerna icke får drivas så långt, att hygienens fordringar bliva på något sätt efter-satta. Beträffande lokalfrågan må tilläggas, att det kan vara mycket ändamålsenligt att sköterskan beredes bostad i samband med centralen. Denna anordning fanns vid den av styrelsen anordnade försöksverk-samheten i Lidköping och visade sig lämplig och värd att anbefalla.

Mottagningarnas antal synes böra beräknas vid centralerna i de största städerna till 2—3 i veckan, i de mindre städerna torde 1 gång i veckan till en början visa sig tillräcklig.

Centralerna av typ II (mödra- och barnavårdscentraler) avses skola arbeta i stort sett efter samma linjer som de av typ I, dock med den skillnad att även mödravård skall tillgodoses å typ II. I försöksverk-samheten har denna typ representerats av centralen i Lidköping. För att utnyttja dessa centralers arbetskapacitet, vilken liksom beträffande barnavårdscentral av typ I torde mätas efter en sköterskas arbetsdag, bör liksom i Lidköping till deras områden anslutas stadens kringliggande landsbygd i lämplig omfattning, helst ett helt eller flera provinsialläkardistrikt. Detta gör att ett samarbete måste äga rum mellan denna landsbygds medicinalpersonal, i främsta rummet distriktssköter-skor och barnmorskor, och centralen. Givetvis påräknar styrelsen även vederbörande tjänsteläkares intresse för ett fruktbärande samarbete i detta hänseende. Skulle det i något område icke kunna så ordnas, att centralens arbetskapacitet blir fylld, vilket som nämnts i stort sett

är liktydigt med att centralens sköterskas arbetstid icke blir fullt upptagen för dess räkning, bör hennes tid kunna utfyllas med annat arbete, varvid styrelsen främst tänker på skolvård och liknande socialhygieniskt arbete. Detta synes styrelsen behöva bliva händelsen endast i undantagsfall. Antalet mottagningar i veckan på nu ifrågavarande centraler synes i regel icke komma att överstiga två.

Slutligen vill styrelsen beträffande centralerna anföra, att det säkerligen kan å vissa platser och områden — erfarenheten har redan ådaga-lagt detta — befinnas ändamålsenligt att inrätta filialer till centralerna, vilket innebär att samme läkare är ledare för två eller flera centraler. Även samma sköterska torde kunna göra tjänst vid mer än en central under den förutsättning att hon har samme läkare som förman. Det torde i främsta rummet vara i större städer en sådan anordning kan vara lämplig, men så kan även vara fallet i mycket tätt befolkade landsdelar. Så skulle det ur vissa synpunkter kunna visa sig fördelaktigt att i undantagsfall som t. ex. i Malmöhus läns landstingsområde till en central i Lund ansluta ett flertal filialer, varigenom en läkare kunde bliva ledare för en stor del av länets profylaktiska barnavård. En dylik anordning synes styrelsen som nämnt dock böra betecknas som särfall icke minst med hänsyn till vikten av att tjänsteläkarna icke undandragas denna synnerligen viktiga del av det socialhygieniska arbetet.

Mödra- och barnavårdsstationer representeras i den av medicinalstyrelsen anordnade försöksverksamheten av provinsialläkarnas mottagningslokaler såväl de på provinsialläkarnas stationsorter som andra, av vilka provinsialläkare använder sig, då han utövar sjukvård i sitt distrikt. Några särskilda lokaler äro således icke behövliga för dessa mödra- och barnavårdsstationer; icke heller någon ny personal. På mottagningen avses den på provinsialläkarstationen boende eller denna närboende distriktssköterskan skola lämna läkaren erforderlig hjälp. Under en kortare övergångstid till dess distriktssköterskeorganisationen nått tillräcklig utveckling kan en dugande barnmorska härför anlitas. I övrigt hava inom provinsialläkardistriktet tjänstgörande barnmorska och distriktsköterska att biträda i mödra- respektive barnavården, varvid den uppdelning av åliggandena dem emellan, vilken tidigare angivits, i regel bör iakttagas och följas. — Vad utrustningen på stationerna beträffar torde endast undantagsvis andra hjälpmedel än barnvågar behöva anskaffas. Annan för ifrågavarande vård erforderlig utrustning ingår i allmänhet i provinsialläkarnas instrumentarium.

Det synes icke möjligt att med någon större tillförlitlighet kunna ange det antal mottagningar, som kunna bliva erforderliga på ifrågavarande stationer. Givetvis beror detta på befolkningsantalet i distriktet, kommunikationerna, på det förtroende och den uppskattning, som

befolkningen får för denna vård och dylikt. I allmänhet torde mottagningarnas antal komma att bli två i månaden. I tätt befolkade distrikt får man räkna med att mödrarnas och barnens besök på stationen bli relativt täta, i glesare befolkade områden åter lära mödrarna i stor utsträckning komma att för barnavården vända sig till närmast boende distriktssköterska och mera sällan till barnavårdsstationen. I sådana områden torde hembesök av sköterska bli det vanligaste förfarandet, isynnerhet under kallare årstider.

Under försöksverksamheten har, såsom av bifogade sammanställningar av erfarenheterna av denna framgår, även barnavården utövats på provinsialläkarnas vanliga mottagningstider. En sådan anordning, som ansetts kunna medgivas under en försökstid för att göra vården så lätt tillgänglig som möjligt, innebär emellertid vissa olägenheter ur bland annat smittosynpunkt. Det bör därför eftersträvas att mödra- och barnavårdens mottagningar bli förlagda till vissa med läkarens vanliga dagliga mottagningstider icke sammanfallande tider. Att så icke alltid kan ske, t. ex. i de distrikt, där provinsialläkaren har sin mottagning på flera ställen, torde emellertid vara uppenbart.

Upplysningsverksamhet.

I anslutning till vad som i detta avseende anförts av moderskapsunderstödssakkunniga vill styrelsen i sammanhang med frågan om organisationen av verksamheten jämväl bringa i erinran den avgörande roll för hela uppbyggandet och genomförandet av denna samhällets mödra- och barnavård, som måste tillmätas upplysningsverksamheten. Det hälsovårdande syfte, som den föreslagna organisationen har, skall ernås främst genom att det allmänna åvägabringar ett vidgat, underlättat och mer systematiskt utnyttjande av den sakkunskap på mödra- och barnavårdens område som läkare, sköterskor och barnmorskor besitta. Men å andra sidan är det en nödvändig förutsättning för att den sålunda tillskapade organisationen skall fylla sitt ändamål att hos de väntande och nyblivna mödrarna även på annat sätt än genom rådfrågning skapas ökad kunskap om och förståelse för de hygieniska krav, som med hänsyn såväl till modern själv som barnet måste uppställas i fråga om levnadssätt och skötsel. Det rör sig sålunda ytterst om en folkuppfostringsfråga av mycket stora mått.

Det synes styrelsen alldeles självklart, att redan skolundervisningen bör taga sikte härpå, och styrelsen vill härutinnan i anslutning till moderskapsskyddssakkunniga tillstyrka, att lämpliga läroböcker och övrigt undervisningsmateriel snarast utarbetas närmast då med tanke på här avsedd

undervisning inom *fortsättningsskolorna* och mot deras elever svarande åldersgrupper bland övriga flickor.

Tydligtvis måste emellertid den önskade upplysningen i särskilt hög grad göras lättillgänglig för de kvinnor, som vänta barn eller nyss blivit mödrar. Här måste man räkna med organiserandet av en omfattande föreläsnings- och demonstrationsundervisning, ordnad i första hand i kursform, som föreläsningar, filmföreläsningar, radioföredrag o. s. v. Men som nyssnämnda sakkunniga framhålla, måste givetvis även det skrivna ordet tillerkännas stor betydelse i förevarande avseende, vadan genom lämpliga ströskrifter, tryckta råd och anvisningar, periodiskt återkommande tidningsartiklar o. s. v. den här behövliga kunskapen kan hållas aktuell för kvinnorna utan alltför stort intrång i deras vanliga arbete och övriga intressen.

Det synes styrelsen naturligast, att även denna del av mödra- och barnavården har sin ledning och sammanhållande kraft i de i verksamheten arbetande centralerna och stationerna och deras huvudmän. Emellertid synes man härvidlag med fördel kunna tänka sig att, som de sakkunniga antytt, en väsentlig medverkan i arbetet kan erhållas av någon enskild organisation såsom Fattigvårds- och Barnavårdsförbundet och Röda korset, vilka redan i avsevärd utsträckning drivit upplysningsverksamhet av ifrågavarande art. Med hänsyn till erfarenheterna från försöksverksamheten synes ett visst bidrag till täckande av kostnaderna för denna förbättrade upplysningsverksamhet böra utgå av statsmedel, varigenom jämväl lättare kan ernås en viss kontroll över upplysningsverksamhetens art och omfattning.

Ledningen av den förebyggande verksamheten.

Medicinalstyrelsen har i sitt svar den 20 juni 1930 på remissen rörande betänkandet angående moderskapsskydd uttalat, att den delade de sakkunnigas mening, att den centrala ledningen av hela denna verksamhet bör påvila medicinalstyrelsen och att härför erfordras såväl initiativ som kontroll från styrelsens sida. Det största arbetet kunde förväntas komma på den del, som fölle under barnavården. Styrelsen hade i syfte att bättre kunna fylla sina uppgifter beträffande denna vård fått sitt vetenskapliga råd kompletterat med en representant för ämnet pediatrik och barnavård. Det vore icke blott för mödra- och barnavård utan jämväl för andra barnavårdsfrågor av stor betydelse, om denne medlem av styrelsens vetenskapliga råd bleve i likhet med representanten för rättsmedicin tillerkänd ett fast arvode av 2 000 kronor jämte ersättning för handläggning och utredning av ärenden enligt de grunder, som gälla för medlemmar av vetenskapliga rådet med fasta arvoden. Styrelsen förkla-

rade det vara sin avsikt att härom göra hemställen hos Kungl. Maj:t i samband med sina petita för budgetåret 1931/1932. Längre ansåg sig styrelsen icke böra gå, innan större erfarenhet vunnits.

I skrivelse den 22 augusti 1930 har styrelsen gjort denna underdåniga hemställan och sedan budgetåret 1931/1932 åtnjuter ifrågavarande representant inom det vetenskapliga rådet ett fast arvode. Detta arvode utgick till en början med 2 000 kronor, men nedsattes av sparsamhets-skäl från och med budgetåret 1932/1933 till 1 500 kronor.

Styrelsen är fortfarande av den uppfattningen rörande den centrala ledningen av hithörande frågor, som i ovan angivna svar kommit till synes. Till en viss ändring beträffande ersättningsfrågan till barnavårdens representant i det vetenskapliga rådet återkommer styrelsen nedan.

I sitt flerstädes omnämnda remissvar på betänkandet angående moderskapsskydd sid. 52—54 uttalade styrelsen sig i princip för, att ett s. k. ortscentralt organ bör omhändervha den lokala ledningen av verksamheten ifråga. På tal härom anförde styrelsen bland annat: det för styrelsen väsentliga vore, att för statens medverkan vissa från socialhygienisk synpunkt oundgängliga krav upprätthölles och att de olika primärorganen icke på ett för vårdens utnyttjande oändamålsenligt sätt för snävt begränsade sina verksamhetsområden samt att den, som utövade vården, bleve förpliktigad att underordna sig ett ortscentralt organ för att bliva delaktig av det allmännas bidrag. Styrelsen uttalade vidare, att om det sedan bleve landstinget självt, en större primärkommun, en barnavårdsnämnd, en förening eller till äventyrs en enskild person, som omhänderhade vården på olika platser eller inom olika distrikt, torde vara en sekundär fråga. Styrelsen fortsatte vidare: därest landstingen åtog sig organisationen av vården, vunnos de säkraste garantier för att densamma anordnades ändamålsenligt. Landstinget borde därför taga initiativet till anordnande av ifrågavarande vård och härvid kunna påräkna visst statsbidrag. Med hänsyn till de olika förutsättningar för dess anordnande, som kunde vara tillfinnandes inom olika landsting, borde laglig skyldighet härom tills vidare icke fastslås. Styrelsen funne däremot en bestämmelse synnerligen önskvärd, att landstingets övertagande av ledningen av denna vård bleve fastslaget som ett villkor för statsbidrag.

I stort sett har styrelsen sedan detta utlåtande avgavs icke haft anledning att ändra sin principiella inställning. Medicinalstyrelsen har dock styrkts i sin uppfattning att såsom ett villkor för att statsbidrag skall utgå till icke-landstingsstad, landstingsområde eller, under viss övergångsperiod, del av landstingsområde skall uppställas, att ett landstingets organ övertager ledningen av vården eller för städer utom lands-

ting ett stadens eget organ. Med hänsyn till styrelsens den 4 maj 1933 avgivna förslag rörande omorganisation av distriktsvården (statens offentliga utredningar 1934: 9) vill styrelsen för sin del föreslå, att *distriktsvårdsstyrelsen* blir det landstingsorgan, som får sig denna uppgift anförtrodd. Det torde vara sannolikt, att en omorganisation av landstingens verkställande organ blir erforderlig för tillgodoseende av den sig alltmera ökande socialhygieniska verksamheten, vilket kan föranleda en ändring även beträffande ledningen av den förebyggande mödra- och barnavården.

Det borde inrymmas bland villkoren för statsbidrag, att distriktsvårdsstyrelsen hade att, där tillgång därtill finnes, med sig adjungera en i pediatrik och barnavård och då så är erforderligt även en i kvinnosjukdomar väl förtrogen och erfaren läkare, vilka läkare dock icke skulle äga rätt att deltaga i styrelsens beslut men väl att anmäla från styrelsens beslut avvikande mening. Bland distriktsvårdsstyrelsens åligganden i förevarande hänseende skulle vara bland annat att uppgöra en plan för vårdens uppbyggande och bedrivande och att utöva det närmaste inseendet över mödra- och barnavårdens handhavande. Genom distriktsvårdsstyrelsens ledande verksamhet i förenämnt avseende bör dock ingen ändring ske i barnmorskestyrelsens befogenhet. Det skulle tillkomma distriktsvårdsstyrelsen att tillsätta och entlediga vid mödra- och barnavårdscentralerna särskilt anställda läkare och sköterskor samt annan ifrågavarande personal, såsom städerskor och dylika, därest anställningen av dessa senare icke tillkomme mödra- och barnavårdscentralernas läkare. Medicinalstyrelsen skulle emellertid tilldelas befogenhet att föreskriva behörighetsvillkor för sköterskor på ifrågavarande centraler. Att härmed också under en övergångstid skall följa dispensrätt från utfärdade allmänna bestämmelser synes styrelsen tillrädligt.

För mödra- och barnavårdscentraler erforderliga lokaler skola av vederbörande lokala myndigheter ställas till förfogande. Å central eller station av ifrågavarande slag skall barnmorska icke vara skyldig att tjänstgöra.

Mödra- och barnavårdens utbyggande.

Det synes medicinalstyrelsen angeläget att den, som företräder landstinget i denna angelägenhet, söker att utnyttja de anordningar, som redan existera och befinnas för sin uppgift dugliga, och att i möjligaste mån bevara och stimulera det enskilda intresset för ifrågavarande verksamhetsgren. Det skulle sålunda enligt medicinalstyrelsens förmenande icke möta något som helst hinder att enskilda föreningar eller stiftelser, som drevo barnavårdscentraler, finge åtnjuta bidrag utav det allmänna. Tyvärr äro emellertid inrättningar av ifrågavarande art mycket få utan-

för de stora städerna och därför av mindre praktisk betydelse för vården i det stora hela.

Såsom ovan har antytts skulle det tillkomma distriktsvårdsstyrelsen att uppgöra plan för den förebyggande mödra- och barnavården inom landstingsområdet. Som villkor för statsbidrag bör enligt medicinalstyrelsens förmenande fordras, att vederbörande huvudman framlägger en plan för vårdens påbörjande och utbyggande resp. fortsatta bedrivande. Det ligger i sakens natur, att detta i alla de områden, där denna angelägenhet är helt ny, skall stöta på vissa svårigheter. I viss grad torde dessa kunna undanrödjas genom samråd med medicinalstyrelsen. Självfallet är emellertid, att dylika första grundläggande planer måste få en viss preliminär prägel och att de skola kunna omläggas allt eftersom vunnen erfarenhet så synes kräva. För egen del vill styrelsen uppdraga som en allmän riktlinje, att de första åtgärderna böra inrikta sig på inrättande av centraler på lämpliga orter och på stationer i glest befolkade och fattiga trakter, där behovet av denna förebyggande vård är mycket stort. Från så att säga centrum och från periferien kunde derefter utbyggandet av verksamheten äga rum. Det är självfallet, att den takt, i vilken utvecklingen av vården kan ske är bl. a. i mycket hög grad beroende av distriktssköterskeorganisationens ställning i resp. landstingsområden. Av vad som från styrelsens sida mångenstädes anförts i detta ämne torde framgå, att distriktssköterskorna äro de, som i mycket väsentliga delar skola bära upp och stödja denna förebyggande vård i vad den avser barnen. Det har ovan antytts, att som en *tillfällig* anordning skulle kunna godtagas, att en duggande barnmorska finge sig anförtrord en distriktssköterskas uppgifter inom den förebyggande barnavården. Att nu närmare ingå på planläggningen av ifrågavarande vård synes styrelsen med hänsyn till de vitt skilda förhållandena inom rikets olika områden föga värt. Styrelsen vågar hoppas, att den i det ovanstående härför givit tillräckliga allmänna synpunkter till ledning för vederbörande blivande huvudmän.

Styrelsen förutsätter att, om planen förverkligas enligt ovan angivna riktlinjer, styrelsen erhåller bemyndigande att utfärda direktiv och anvisningar rörande planens närmare detaljer. Styrelsen bör även i fortsättningen stå som ledare av hela mödra- och barnavårdsorganisationen och i följd därav fastställa formulär till och mottaga årsberättelser, rapporter och statistiska uppgifter m. m.

Den förebyggande barnavården och "samhällets barnavård".

Innan styrelsen avslutar redogörelsen för sin organisationsplan för den förebyggande mödra- och barnavården torde lämpligt vara att styrelsen besvarar den fråga, som måhända kan framställas om nu skildrade vård-

anordning kan anses komma att få en uppgift, som ingriper på de lag-enliga skyldigheter, som ankomma på barnavårdsnämnderna enligt lagen den 6 juni 1924 om samhällets barnavård. Det framgår enligt styrelsens förmenande av det ovanstående tydligt att så icke kan vara fallet. Visserligen ha barnavårdsnämnderna enligt sagda lag att följa de inom kommunerna rådande förhållandena i avseende å barns vård och fostran och som särskilt åliggande att omhändertaga nödställda sjuka och värnlösa barn. Den här ifrågavarande verksamheten har som tillfyllest angivits en förebyggande (profylaktisk) uppgift och i sin största omfattning till föremål friska barn för att giva deras mödrar och vårdarinnor sådana råd och anvisningar, som äro ägnade att förhindra uppkomsten av sjukdomar. Under sådana förhållanden inses det lätt, att den ifrågavarande förebyggande vård, som siktar till att nå så många barn i samhället som möjligt, blir ett verksamt stöd för barnavårdsnämnderna och för de vårdinrättningar, dessa anordna, samt ett komplement till deras verksamhet. Såsom förut antytts förutsätter styrelsen således att ett intimt samarbete kommer till stånd mellan de olika barnavårdsorganisationerna. Detta gäller måhända i särskilt hög grad det stora antal kommuner, där barnavårdsnämnderna äro i avsaknad av de vårdtillgångar, som de största kommunerna äga.

Kostnadsberäkningar.

Medicinalstyrelsen övergår slutligen till de ekonomiska konsekvenser, den framlagda planens förverkligande skulle komma att medföra. Enligt styrelsens förmenande böra kostnaderna fördelas mellan staten och huvudmännen: landstingen och icke-landstingsstäderna — de förra obehaget att träffa överenskommelse om kostnadernas fördelning med de primärkommuner, dit centraler förläggas, och båda grupperna med stiftelser, föreningar eller enskilda. Styrelsen syftar härvid närmast på lokalhyror och dylikt. Såväl i moderskapsunderstödssakkunnigas betänkande som i än högre grad i medicinalstyrelsens remissvar har understrukits, att statens kraftiga ekonomiska stöd synes vara en bestämd förutsättning för att ifrågavarande vård skall kunna få en önskvärd omfattning. Härom torde för övrigt alla som sysslat med denna fråga vara eniga.

Ett spörsmål, som det gäller att taga ställning till, är huruvida denna förebyggande vård skall för klientelet vara kostnadsfri eller icke. Skäl tala både för och emot avgifters införande. Det kan först och främst anföras, att det kan vara omotiverat att samhället påtager sig utgifter, som den enskilde väl har möjlighet att bestrida. Det må emellertid härvid erinras, att det antal bättre ekonomiskt situerade, som kommer att utnyttja denna vård, antagligen blir relativt litet och att flertalet faller inom grupperna mindre bemedlade och medellösa. Under sådana

omständigheter lär det icke komma att spela någon nämnvärd roll, om en betalningsskyldighet införes för den mera bemedlade. Svårigheten att fastställa en gräns för betalande och icke betalande är ett ytterligare och ännu starkare skäl emot att fastställa avgifter. Sättes gränsen så lågt, att det kan tänkas att det allmännas kostnader komma att nämnvärt reduceras, skulle en sådan åtgärd komma att verka återhållande och väsentligt minska de rådfrågandes antal. Det får icke släppas ur sikte, att det här icke är fråga om sjukvård och alltså icke om fall, där den som har omvårdnaden om barnet känner sig pliktig att snarast möjligt söka hjälp. Omvårdnaden avser väsentligen friska barn, och det ligger nära till hands att antaga, att man skulle anse kostnaderna för en sådan vård vara av det slag, som utan våda eller olägenhet kunna inbesparas. Detsamma gäller mödravården.

Utav de skäl, som nu anförts, vill styrelsen avråda från att obligatoriska avgifter införas. Det skulle sålunda icke bli huvudman, som vill åtnjuta statsbidrag, medgivet att föreskriva avgiftsplikt. Detta bör å andra sidan icke utgöra hinder för att helt frivilliga avgifter må förekomma, givetvis under det villkor att de på så sätt influerna medlen upptagas i vederbörande anstalts (centrals eller stations) budget. Någon personlig ersättning utöver avlöningen till läkare, sköterska eller barnmorska borde däremot under alla förhållanden icke få förekomma.

Vad som nu anförts om barnavården gäller enligt styrelsens förmenande också mödravården.

Innan styrelsen ingår på fördelningen av kostnaderna på stat och kommun torde lämpligt vara att under nedanstående rubriker sammanfatta den ovan framlagda organisationsplanen.

A. Vid mödravårdscentraler (typ I) skola vara anställda en läkare och en barnmorska eller sjuksköterska; läkarens mottagningstid beräknas till högst 2 mottagningar i veckan; barnmorskans eller sjuksköterskans arbete på centralen torde endast i sällsynta undantagsfall kräva heltidstjänst. Lokalhyra synes man praktiskt taget ej behöva räkna med.

B. Vid barnavårdscentraler (typ I) skola en läkare och en särskild sjuksköterska vara anställda; läkarens mottagningar beräknas till 2 högst 3 i veckan; sjuksköterskans tjänst beräknas bli heltidstjänst på enstaka undantagsfall när. Lokalhyra kommer i vissa fall, särskilt i storstäder, att bli erforderlig.

C. Beträffande mödra- och barnavårdscentraler (typ II) hänvisas till punkt A. Tilläggas må att lokalhyra i regel kommer att krävas för dessa centraler.

Till det ovanstående bör fogas, att filialcentraler kunna på vissa platser visa sig lämpliga. Ofta torde särskilda sköterskor och även förhyrd lokal fordras vid dessa centraler.

D. För mödra- och barnavårdsstationer (typ III), som beräknas komma

att förläggas till tjänsteläkares mottagningsrum, fordras ingen nyanställd personal, enär vården skulle bestridas av tjänsteläkare med distrikts-sköterskor såsom biträden. Mottagningarna beräknas till i regel 2 i månaden. Någon hyresersättning för mottagningslokal skulle icke ifrågakomma.

Beträffande statens bidrag får styrelsen framlägga följande förslag.

Till en början vill styrelsen framhålla nödvändigheten av, att den medlem av styrelsens vetenskapliga råd, som företräder vetenskapsgrenen pediatrik och barnavård, blir satt i tillfälle att i större utsträckning än för närvarande stå till medicinalstyrelsens förfogande. Styrelsen vill därför föreslå, att hans årsarvode, nu 1 500 kr., höjes till 3 000 kr. Något yrkande i detta avseende vill styrelsen icke nu framställa, men styrelsen har för avsikt att i samband med styrelsens övriga framställningar om riksdagsanslag göra hemställan om höjning av styrelsens stat med för nämnda arvodesökning erforderligt belopp.

För att centralernas första start skall bli tillräcklig och ändamålsenlig bör statens bidrag till desammes inredning och utrustning utgå med 50 proc. av den verkliga kostnaden, dock högst med 1 000 kr. För en medelkostnad av 2 000 kr. torde en central kunna erhålla en såväl tilltalande som god anordning. Hyreskostnaden m. m. bör falla helt å huvudmannen. Lokalen synes för övrigt icke behöva reserveras för centralens räkning utan kunna upplåtas jämväl för annat lämpligt socialt byråarbete.

Läkarens arbete vid centralen koncentreras som nämnts till två å tre mottagningar i veckan. Hans arvode bör i stort sett beräknas efter antalet mottagningar och synes ej kunna upptagas till lägre än 15 kr. för varje mottagning. Arvodet bör emellertid lämpligen bestämmas till visst belopp för år, exempelvis 1 500 kr., om två mottagningar anordnas i veckan, och 2 000 kr., om mottagningarna skola vara tre i veckan. Båda arvoden äro beräknade med hänsyn tagen även till den konsultationsskyldighet som skulle åligga centraler av typ I. Det torde få tillkomma medicinalstyrelsen att efter ovan angiven beräkningsgrund fastställa arvoden för läkare på centraler med mindre antal mottagningar än nyss nämnts.

Sköterskans lön synes böra utgöra *minst* de förmåner, som utgå till en distriktssköterska, alltså viss fast lön, fri bostad med värme, lyse och tvätt eller ock ersättning för dessa naturaförmåner enligt ortens pris, ävensom två ålderstillägg vardera å 100 kronor. Styrelsen anser att helt statsbidrag icke behöver utgå till barnmorska eller sjuksköterska som tjänstgör på mödracentral (typ. I) enär dessa funktionärer undantagslöst lära komma att utföra arbete i stor utsträckning för sjukhusets egen del.

Det nämnda kontanta arvodet för läkaren och 1 000 kr. av den kon-

tanta lönen för sköterskan samt ålderstilläggen åt den senare böra utgå av statsmedel.

Vid *mödra- och barnavårdsstationerna* (typ III) skall som nämnts läkartillsynen utövas av vederbörande tjänsteläkare, i regel provinsialläkare. För detta uppdrag, som bör avse en eller två mottagningar i månaden, synes provinsialläkaren böra erhålla ett arvode av statsmedel, beräknat efter 15 kronor per mottagning. Högsta årsarvode av statsmedel således 180 kronor resp. 360 kronor.

Med hänsyn till svårigheten för distriktsbarnmorskan att utfå taxenlig ersättning av medellösa och mindre bemedlade för biträde vid den förebyggande mödravården har det synts styrelsen lämpligt att distriktsbarnmorska åläggas att utföra förenämnda arbete i sin bostad kostnadsfritt mot det att hennes kontanta lön höjes med 100 kronor årligen att utgå av statsmedel. Skulle under en övergångstid distriktsbarnmorskan tjänstgöra även i den förebyggande barnavården, bör hon härför åtnjuta särskilt arvode. Då svårigheter möta att nu bedöma den omfattning, i vilken barnmorskan kan förena detta åliggande med sina ordinarie tjänsteförpliktelser, vill styrelsen föreslå att härför icke nu fastställas visst arvode. Lämpligast synes detta kunna bestämmas av medicinalstyrelsen efter förslag av huvudmannen. Styrelsen uppskattar statsbidraget härför till 5 000 kronor, ett belopp som är i hög grad approximativt.

Styrelsen har redan ovan framhållit, att en tillfredsställande övervakning av barnen kommer att kräva besök av vederbörande sköterska i barnens egna hem och att detta kommer att bliva erforderligt oftare i landsdelar, där bebyggelsen är gles och klimatet kallt. Helt naturligt har styrelsen därför tagit under övervägande, om staten bör lämna bidrag för underlättande av hembesök eller icke. Då den förebyggande vårdens effektivitet till mycket stor del beror på att hembesök komma till stånd i önskvärd utsträckning, synas styrelsen mycket starka skäl tala för att statsbidrag måtte utgå även för detta ändamål. Ett dylikt bidrag torde utan att risk föreligger för att det avsedda gagnet åsidosattes kunna stanna vid ett jämförelsevis måttligt belopp. Statsbidrag bör icke utgå för städer, köpingar och municipalsamhällen. Det skulle alltså avse endast landsbygden. Då distriktssköterskan far i sitt distrikt i mångahanda tjänsteärenden, bör hon finna angeläget vara att så lägga sina resor, att hon kan förena hembesök för den förebyggande barnavården med fullgörande av andra tjänsteåligganden. Även detta förhållande bör bidraga till att kraven på statsbidragen för resor icke behöva ställas så stora. Enligt styrelsens åsikt är en lämplig beräkningsgrund för ifrågavarande bidrag det antal å landsbygden boende barn, som äro anslutna till den förebyggande vården. Med hänsyn till den så vitt skilda befolkningstätheten i landets olika delar finner styrelsen fullt bärande skäl tala för att statsbidraget per barn beräknas

olika för olika delar av riket. Sålunda vill medicinalstyrelsen föreslå, att riket indelas i tre regioner: 1. Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län, 2. Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län samt 3. de övriga länen i riket. Lämpligen torde det årliga bidraget per barn utgå för regionen 1 med två kronor, för regionen 2 med en krona femtio öre samt för regionen 3 med en krona per barn, boende på landsbygden.

Efter verkställd utredning har för år 1933 erhållits följande uppgifter rörande levande födda barn å landsbygden, d. v. s. ej i städer, köpingar och municipalsamhällen. Uppgifterna äro anordnade regionsvis.

<i>Region 1.</i>		<i>Region 2.</i>		<i>Region 3.</i>
Norrbottens län	4 104	Västernorrlands län	3 909	Övriga län
Västerbottens »	3 806	Gävleborgs »	3 239	Summa
Jämtlands »	1 826	Kopparbergs »	2 774	38 325
Summa	9 736	Värmlands »	3 144	
		Summa	13 066	

Hela antalet barn, födda å landsbygden uppgick till 61 127. Av dessa antagas 30 procent giva anledning till hembesök. Alltså region 1 cirka 3 000 barn, region 2 cirka 4 000 barn och region 3. 11 500 barn.

Kostnaderna för ifrågavarande hembesök komma att uppgå för region 1 till 6 000 kr. (å 2 kr. per barn), för region 2 till 6 000 kr. (å kr. 1:50 per barn) och för region 3 till 11 500 kr. (å 1 kr. per barn), eller tillhoppa till 23 500 kr. eller i runt tal 25 000 kr.

Detta belopp synes böra utgå av statsmedel. Styrelsen har icke för närvarande ingått på de villkor, som skola gälla för utbetalningen.

De övriga för vårdens igångsättande och drift erforderliga kostnaderna skulle ankomma på vederbörande huvudmän, alltså landsting och icke-landstingsstäder. Det har i det föregående framhållits, att inredningskostnaderna kunna beräknas stanna vid mycket måttliga belopp och detsamma gäller det instrumentarium och de sjukvårdsartiklar i övrigt, som äro behövliga. Det må i detta hänseende erinras om, att medicinalstyrelsens samtliga kostnader för inredning och uppsättning av centralen i Lidköping uppgingo till kr. 1 956: 11. De väsentligare av driftkostnaderna komma att, förutom fyllnadsbelopp till sjuksköterskornas löner och ersättningar för deras resor i de distrikt, där sådana förekomma, bliva hyreskostnader samt utgifter för centralens underhåll, uppvärmning, belysning, städning m. m. Slutligen vill styrelsen framhålla, att det självfallet är vederbörande huvudmans ensak att, om det läkararvode som enligt styrelsens förslag utgår av statsmedel synes böra ökas, höja detta arvode. Det ligger i öppen dag, att varje försök att beräkna de olika huvudmännens självkostnader skulle bliva utan praktiskt värde. Styrelsen avstår därför härifrån.

Då det gäller att beräkna statens kostnader för ovan omnämnda organisation, har man att först bestämma beloppet av engångskostnaden för inrättandet av centraler av typ I och typ II. Denna engångskostnad har för varje central beräknats till 1 000 kr.

Antalet centraler av typ I kan för närvarande beräknas till 33, fördelade på följande sätt:

i Stockholm	3	mödravårdscentraler, 10 barnavårdscentraler	
i Göteborg	2	»	5 »
i Malmö	1	»	2 »
i Norrköping	1	»	1 »
i Hälsingborg	1	»	1 »
i Uppsala	1	»	1 »
i Lund	1	»	1 »
i Linköping	1	»	1 »
	11		22

Av landets 114 städer hava 24 ett invånarantal under 3 000. Återstoden med undantag av förenämnda åtta större städer skola hava centraler av typ II, alltså tillsvidare 82 centraler.

Summa centraler uppgår sålunda till 115.

Förenämnda engångskostnad kan följaktligen beräknas till högst 115 000 kr. Härtill kommer cirka 35 000 kr. för upplysningsverksamhet, bl. a. genom utgivande av lärobok och uppsatser m. m.

De årliga kostnaderna vid centraler av typ I och typ II bliva som följer.

Läkararvode	å 1 500 kr. å 11 moderskapscentraler	16 500 kr.
»	å 2 000 kr. å 22 barnavårdscentraler	44 000 »
»	å 2 000 kr. å 82 centraler av typ II	164 000 »
Sköterskas arvode .	statsbidrag till grundlön å 1 000 kr., 105 centraler med heltjänst, 10 med halvtjänst . .	110 000 »
»	statsbidrag till ålderstillägg 2 å 100 kr., i medeltal 150 kr., 115 centraler	17 250 »
		Summa 351 750 »

De årliga kostnaderna vid varje *vårdstation* (typ III) bliva allenast kostnaden för läkararvode 180 kronor respektive 360 kronor, allt eftersom en eller två mottagningar anordnas i månaden. I medeltal kan man beräkna arvode till högst 300 kronor. Ökningen i distriktsbarnmorskas lön har upptagits till 100 kronor, arvoden åt omkring 25 barnmorskor, som tjänstgöra i barnavård, till 5 000 kronor.

Svårigheten är då att på förhand bestämma antalet stationer av typ III för hela riket. Man synes emellertid kunna utgå ifrån att en

stor del av centralerna av typ II även kan tillgodose omkringliggande bygd med förebyggande vård.

Om man undantager städerna med invånarantal över 17 000, de äro 20 till antalet, där måhända intet samarbete med landsbygden kan beräknas, och de 24 städerna under 3 000 invånare för vilka stationer böra vara tillfyllest, komma återstående 70 städer med ett invånarantal av omkring 750 000 att kunna med sina centraler av typ II betjäna omkring 1 000 000 personer från kringliggande bygd. Varje central är då beräknad för 25 000 personer. Antalet invånare å hela rikets landsbygd är 4 131 370. Vårdstationerna av typ III hava alltså att betjäna cirka 3 000 000 invånare. Med utgångspunkt från att ett provinsialläkardistrikt i medeltal bör ha 12 000 invånare, skulle högst 250 provinsialläkare bliva ledare av vårdstationer av typ III.

Den årliga totalkostnaden för vårdstationerna att utgå av statsmedel skulle kunna beräknas till högst 75 000 kronor (250×300) samt barnmorskornas tillfälliga arvoden till 5 000 kronor. Härtill kommer så barnmorskornas löneförhöjning å 100 kronor. För cirka 1 800 distriktsbarnmorskor erfordras då ett belopp av högst 180 000 kronor att utgå från anslaget till statsbidrag till avlöning av distriktsbarnmorskor m. fl., vilket anslag då måste höjas med motsvarande belopp.

Såsom redan å sid. 38 anförts komma kostnaderna för sköterskornas respektive barnmorskornas besök hos de späda barnen i deras hem att draga en kostnad av i runt tal 25 000 kronor. Detta belopp bör läggas till kostnaderna för vårdstationerna.

Som ovan nämnts skall det tillkomma landstinget att upprätta förslag till fördelning inom länet av centraler och vårdstationer, vilken plan skall fastställas av medicinalstyrelsen. Man har visserligen anledning antaga, att landstingen komma att taga upp denna viktiga fråga till snar behandling. Flera landsting torde emellertid komma att till en början uppgöra plan för endast vissa delar av länet. Ur budgetteknisk synpunkt måste i planen tydligt angivas vilka barnmorskedistrikt och sköterskedistrikt, som komma att ingå i organisationen. Endast i på sådant sätt betecknade barnmorskedistrikt kan nämligen den föreslagna löneförhöjningen för distriktsbarnmorska träda i kraft.

Då man alltså kan utgå ifrån, att organisationen av förebyggande mödra- och barnavård kommer att träda i kraft stegvis inom ett flertal län, torde man ej behöva räkna med, att hela det beräknade årliga driftsbidraget blir erforderligt de två första åren. Första året skulle man sålunda utan att hålla beräkningarna i underkant kunna begränsa de erforderliga beloppen till 500 000 kronor, därav 125 000 kronor till engångsavgifter, 300 000 kronor till centraler av typ I och II samt 75 000 kronor till läkararvoden, hembesök m. m. vid vårdstationer, ävensom till 120 000 kronor till ökning av distriktsbarnmorskornas löner. Andra året skulle erfordras

dels såsom förut 375 000 kronor respektive 120 000 kronor, dels ock höjning med 110 000 kronor respektive 25 000 kronor. Tredje året skulle erfordras högst 455 000 kronor respektive 180 000 kronor eller tillhoppa högst 635 000 kronor.

Utöver vad ovan beräknats erfordras även dels att förslagsanslaget till moderskapsunderstöd höjes med 250 000 kronor, beräknat efter cirka 25 000 barnbördsfall à 10 kronor, dels ock att erforderligt belopp beviljas till bidrag åt vissa anstalter för nedsatta avgifter för barnbördsvård å allmän sal. Styrelsen har ansett sig kunna förutsätta att frågan om sistnämnda anslag torde komma att av Eders Kungl. Maj:t behandlas i samband med övriga av statens sjukvårdskommitté förordade anslagskrav.

Under återopande av vad ovan anförts får medicinalstyrelsen anhålla, att Eders Kungl. Maj:t täcktes anhålla att riksdagen ville för budgetåret 1936/1937 anvisa *dels* till anordnande och drivande av förebyggande mödravård och förebyggande barnavård ett reservationsanslag å 500 000 kronor, *dels* till ökning av förslagsanslaget till bidrag till avlöning åt distriktsbarnmorskor och reservbarnmorskor ett belopp å 120 000 kronor, *dels ock* till höjande av förslagsanslaget till moderskapsunderstöd ett belopp av 250 000 kronor.

Jämlikt bemyndigande den 15 februari 1935 har medicinalstyrelsen den 16 februari samma år hållit överläggning med förste provinsialläkarna i Östergötlands län, Malmöhus län, Skaraborgs län, Värmlands län och Norrbottens län, varvid planen för organisationsförslaget dryftades och dettas praktiska utformning i detalj för respektive län preliminärt diskuterades. Det visade sig härvid att ovan uppdragna allmänna riktlinjer vunno gillande och att den förebyggande mödra- och barnavården i de olika länen väl kunde anpassas efter dessa riktlinjer.

I handläggningen av detta ärende hava deltagit generaldirektören N. Hellström, medicinalrådet E. Edén, medicinalrådet J. Byttner, föredragande, förste provinsialläkaren N. Wranne samt medlemmarna av styrelsens vetenskapliga råd, professor E. Bovin och överläkaren, livmedikus H. Ernberg. Samråd har ägt rum med professorn A. Lichtenstein och docenten U. Hjärne.

9 bilagor överlämnas härjämte.

Underdånigst

NILS HELLSTRÖM

JOHN BYTTNER

/ A. E. Bastman

Stockholm den 4 april 1935.

Bilagor

Bilaga 1.

TILL KONUNGEN.

I det betänkande angående moderskapsskydd, avgivet den 28 september 1929 av inom Kungl. Socialdepartementet tillkallade sakkunniga, över vilket medicinalstyrelsen genom remiss av den 16 december 1929 blivit anbefalld avgiva yttrande, hava de sakkunniga framlagt förslag till förbättrande av såväl vården av kvinnan under havandeskap och vid barnsbörd som vården av det späda barnet. De sakkunniga sammanfatta sina förslag under följande rubriker:

Åtgärder för förbättrad föregående och efterföljande moderskapsvård.

Åtgärder för förbättrad förlossnings- och barnsängsvård.

Åtgärder för beredande av ekonomiskt stöd åt barnaföderskor.

Moderskapsskyddets målsmän inom centralförvaltningen.

Författningsförslag.

Innan styrelsen yttrar sig om de olika avdelningar av betänkandet, som inrymmas under ovan angivna rubriker, vill styrelsen anförä några mera allmänna synpunkter på dessa i socialhygieniskt avseende viktiga angelägenheter.

Medicinalstyrelsen anser sig härvid böra begränsa sitt yttrande till att i huvudsak omfatta de delar av de sakkunnigas betänkande, vilka avhandla de direkta åtgärderna för tillgodoseende av moderns och det späda barnets vård. De sakkunniga hava själva betonat, att moderskapsvården måste tillerkännas stor betydelse för folkhälsan. Härom råda förvisso inga meningsskiljaktigheter. Det lider icke heller något tvivel om att, såsom de sakkunniga framhålla, förefintliga missförhållanden, oftast äro att tillskriva bristande eller knappa ekonomiska tillgångar. Den ändring till det bättre av vårt folks levnadsstandard, som i stort sett ägt rum under de senaste decennierna, har medfört väsentliga förbättringar i hygienien även på detta område. Man torde också vara berättigad utgå ifrån, att en ökad välmåga inom folkets breda lager i förening med upplysning utgör den kraftigaste hävstången för ett ytterligare höjande av mödrars och framförallt späda barns hälsovård.

Det är emellertid jämväl enligt styrelsens förmenande ostridigt, att missförhållanden ännu föreligga i den omfattning, att vidgade åtgärder från det allmännas sida äro påkallade. Icke minst med hänsyn till de stora utgifter, som det allmänna påtagit sig för hälso- och sjukvården och därmed sammanhängande sociala angelägenheter, och till den alltjämt fortgående utvecklingen på detta område, synes det styrelsen ligga synnerligen stor vikt uppå, att de mått och steg, som komma att vidtagas, planläggas och utformas på ett sådant sätt, att de syftemål, vilka det allmänna avser främja med sina uppförringar, bliva i möjligaste mån tillgodosedda.

De medel, som sålunda härför utgivas böra enligt styrelsens förmenande i första hand komma mödrar och barn tillgodo i form av så att säga naturaprestationer och i andra hand utgå som kontanta understöd till barnaföderskor.

Ett förbättrat moderskapsskydd bör därför enligt styrelsens bestämda uppfattning se såsom sin första uppgift att i möjligaste mån söka åvägabranga goda

och ur såväl ekonomisk som lokal synpunkt lätt tillgängliga anordningar för den erforderliga vården.

Styrelsen vill visserligen vitsorda, att de sakkunnigas betänkande i flera avseenden innebär många och stora förtjänster, men kan trots detta icke känna sig tillfredsställd med den väg detsamma anvisar för beredande av en förbättrad moderskapsvård. Såsom ovan antytts borde detta problem lagts upp från den synpunkten sett, att statens bidrag komme att direkt främja de vårdförbättrande åtgärderna. I stället syftar de sakkunnigas förslag närmast till att genom kontanta understöd till barnaföderskorna giva dem större möjligheter att förskaffa sig en bättre vård, än de nu äga. Vare sig man beträder den ena eller den andra vägen beror det visserligen i sista hand på modern själv, om hon vill använda sig av vårdmöjligheterna eller icke. Den uppläggning av frågan, medicinalstyrelsen för sin del vill förorda, innebär dock helt andra garantier för, att de medel, som komma att utgivas, bliva i första hand använda för de högst behjärtansvärda syftemål, samhället i detta avseende närmast vill främja, nämligen en förbättrad vård.

Styrelsen är icke främmande för, att det för närvarande och säkerligen för en tid framåt brister i de vårdresurser, som ett förverkligande av styrelsens förslag förutsätter, och att de avsedda förmånerna endast så småningom kunna komma mödrar och barn till godo. Utvecklingen av vården torde ock komma att bliva ganska ojämn i skilda delar av landet, till dess insikten om dess betydelse och värde blivit allmän. Det synes styrelsen därför icke osannolikt, om, som skäl emot styrelsens förslag anföres, att detsamma är en lösning av frågan på en ganska lång sikt, under det att ett kontant bidrag skulle tillgodose moderskapskyddet på en gång och likformigt över hela vårt land. Släpper man emellertid icke ur sikte, att moderskapskyddet är en *socialhygienisk* angelägenhet, vilken för att kunna förverkligas både först och sist kräver vårdanordningar, innebär de sakkunnigas förslag inga som helst företräden framför medicinalstyrelsens ur nämnda synpunkt. Det vidlåder tvärtom den svagheten vid detta förslag att genom dess förverkligande det allmänna skulle komma att utgiva högst avsevärda kontanta bidrag för en vård, som även de, vilka anse sig förpliktigade att använda de kontanta bidragen för det avsedda ändamålet, i många, ja måhända flertalet fall icke kunna förskaffa sig, åtminstone icke på ett tillfredsställande sätt. Styrelsen vill därför livligt påyrka, att planläggande av vårdanordningar bliver en förstahandsfråga och spörsmålet om kontanta bidrag får komma i andra rummet.

Medicinalstyrelsen inser väl att förutom vanskligheter av ekonomisk art stora svårigheter även ur organisatorisk synpunkt möta för tillgodoseende av ifrågasvarande av styrelsen förordade planläggning av vården på grund av den stora omfattning, som enligt de sakkunnigas förslag komme att givas densamma.

Styrelsen förbiser icke heller, att principiella betänkligheter kunna resas här emot, alldenstund denna vård, för att kunna göra avsett gagn, bör komma den vårdsökande tillgodo utan ersättning eller emot sådan av mycket blygsamma belopp. Härvid ligger en jämförelse med den sociala sjukförsäkringen mycket nära till hands. Varje gång spörsmålet om naturaprestationer för denna försäkring förts på tal, hava åtminstone under det senaste årtiondet varnande röster höjts mot att göra dessa så vittomfattande, att de utan bidrag av den försäkrade komma honom till del. Förutom kostnadsskäl har härvid faran för missbruk med skärpa framhållits. Frånsett att riskerna härför vid ifrågasvarande vård äro väsentligen reducerade, må framhållas, att denna icke avser sjukvård

utan förebyggande vård. Den är således att anse som en form av hälsovård. Det är visserligen utan vidare klart, att hälso- och sjukvård på detta område som på många andra flyta samman, och att, för att anföra ett exempel en moder, som ser att hennes barn är sjukt, anser att vården av barnets sjukdom faller under moderskapsvården. Men i det stora hela är moderskapsvården dock avsett som en förebyggande vård och bör planläggas och utbyggas så, att dess egentliga syftemål att förebygga sjukdomar hos individer, som under ett visst skede av sitt liv äro i högre grad än eljest utsatta för rubbningar i hälsotillståndet, kommer till klart och tydligt uttryck. Moderskapsvården kan sålunda, från socialmedicinsk synpunkt sett, sägas ligga på ett annat plan än den egentliga sjukvården.

De svårigheter, vilka såsom ovan antytts, moderskapsvårdens ordnande ur organisatorisk synpunkt erbjuder, få som ovan nämnts icke underskattas. Helt bortsett från en väl genomförd moderskapsvårds ekonomiska konsekvenser och stora omfattning orsakas dessa svårigheter bl. a. dels av det komplex av vårdangelägenheter, vilka konstituera en väl utbyggd sådan vård, dels av de skiljaktigheter, som med hänsyn till befolkningstäthetens vitt olika fördelning i vårt land framträda icke mindre vid ordnande av denna vård än vid så många andra hälso- och sjukvårdsangelägenheter.

Beträffande svårigheterna av den först antydda arten må främst erinras om att till moderskapsvården i den omfattning, betänkandet giver densamma, hör omvårdnaden icke blott av barnaföderskan utan även av det späda barnet. Såsom väl känt är, ingår den förstnämnda i förlossningskonsten (obstetrik) den senare i den medicinska vetenskapsgren, som bär namnet pediatrik. Detta förhållande kan giva anledning till övervägande om ifrågavarande vård bör organiseras gemensamt. Som motiv för att en uppdelning bör ske, där de lokala förhållandena så medgiva, där alltså de olika vårdgrenarna äro företrädade av olika vårdanstalter och sjukavdelningar med specialutbildade läkare eller av sådana även om de icke förfoga över dylika institutioner, torde det nyss anförda vara fullt tillräckligt. Å andra sidan må såsom skäl för deras sammanförande anföras att ett intimt samband mellan moderns och barnets vård förefinnes, närmast med hänsyn till digivningen. I stora delar av vårt land måste för övrigt samma läkare ägna tillsyn åt såväl moderns som det späda barnets vård. På dessa grunder anser medicinalstyrelsen, att begreppet moderskapsvård väl kan givas den omfattning, betänkandet avser, och att åtgärder för dess förbättrande kunna och böra behandlas samt även organiseras i ett sammanhang.

I moderskapsvården i trängre bemärkelse ingår vården av den havande kvinnan före förlossningen, vården av barnaföderskan under förlossningen och barnsängen samt den efter barnsängstiden erforderliga vården. Det centrala är härvid självfallet förlossnings- och barnsängsvården. Otvivelaktigt går utvecklingen i den riktningen, att allt flera barnaföderskor söka vård på förlossningsanstalter av ett eller annat slag. Den alltmera utbredda uppfattningen om de fördelar, som vården på dessa anstalter skänker, har ock framtungit krav på utökning av anstaltsvårdens möjligheter. Såsom de sakkunniga själva framhållit, råder väl ännu en viss meningsskiljaktighet rörande lämpligaste sättet för denna vårds vidare utbyggande. Utvecklingen synes emellertid styrelsen tyda hän på, att landstingen, som visat sig så väl skickade att omhänderhava den slutna kropps-sjukvården, jämväl skulle komma att i större eller mindre omfattning anknyta vårdanordningar för barnsbörd till sina härför lämpade sjukhus. Det, som härutinnan redan gjorts, innebär goda löften för en framtida utveckling. Har medi-

cinalstyrelsen fattat denna utvecklingstendens rätt, bleve även den föregående och efterföljande moderskapsvården, i vad den avser modern, helt naturligt i allt större utsträckning knuten till dessa vårdanstalter. Därmed är också landstingets medverkan för dess genomförande åtminstone i viss mån erforderlig. Även moderskapsakkunniga hysa samma uppfattning som medicinalstyrelsen om nu antydda anstalters betydelse för denna vård.

Enär statens sjukvårdskommitté torde hava jämväl spörsmålet om barnsbörd under utredning, anser styrelsen sig icke för närvarande böra angiva några riktlinjer för dess utbyggande. Styrelsen har emellertid velat erinra om utvecklingen sådan den ter sig för styrelsen, alldenstund bl. a. landstingens medverkan till den centrala delen av moderskapsvården giver styrelsen anledning att föreslå, att det organ, som landstinget kan finna härför lämpat, anförtros att närmare planlägga och omhändervåda även den del av moderskapsvården, som faller utanför den slutna vården på landstingets egna anstalter.

Det finnes ytterligare skäl härför. Erfarenheten har nämligen oförtydligt visat, att verksamheten vid de anordningar för här avsedd barnavård, som vi i vårt land hava och haft i barnavårdscentraler och s. k. mjölkdroppar, varit i mycket hög grad beroende av deras ledares intresse. Detta framhålla ock de sakkunniga. Det framstår därför som ett önskemål, att, så snart förhållandena så medgiva, i varje landstingsområde pediatrikt utbildad läkare finnes att tillgå, vilken kunde bliva den ledande kraften för denna vårdgren inom landstingsområdet. Förutsättningarna härför skulle givetvis väsentligen ökas, om en sådan läkare hade en sjukavdelning att stödja sig på. Här bjuder sig också helt naturligt landstingets medverkan. Den förutan torde en sjukvårdsinrättning för barn icke få erforderlig och önskvärd effektivitet.

Att ett förslag i nu nämnd riktning kan komma att väcka betänkligheter och måhända gensagor, finner styrelsen ingalunda osannolikt. En sådan organisation, som bunde ansvaret för såväl den förebyggande vården som anstaltsvården vid ett och samma organ skulle emellertid enligt styrelsens förmenande erbjuda starkare garantier för möjligast effektiva utnyttjande av båda vårdgrenarnas möjligheter än någon annan. Den kan ock förväntas att härigenom bliva en ur nationalekonomisk synpunkt sett fördelaktig anordning.

Som ytterligare skäl för en ortsentral ledning inom olika större områden får styrelsen anföra följande.

För en vård av den betydelse och omfattning, som den ifrågavarande, måste det vara en mycket stor vinst om den handhaves av ett organ, som förutom erforderlig kunskap och erfarenhet beträffande sjukvårdsangelägenheter jämväl besitter den ingående lokalkännedom, som är en oundgänglig förutsättning för en ändamålsenlig organisation. I kompetensavseende torde landstinget och dess organ härvid stå utom tävlan. Någon naturligare rayonindelning än landstingsområdet kan näppeligen icke heller angivas.

Styrelsen finner visserligen flera skäl kunna anföras för att ställa barnavårdsnämnderna i centrum för organisationen av detta arbete. Då styrelsen frånråder detta med undantag för de städer, som icke ingå i landsting, föranledes styrelsen därtill dels av det skäl, att dessa nämnder i flertalet kommuner icke torde äga tillräckliga förutsättningar för här avsedda uppgifter dels på grund, att primärkommunerna äro som enheter betraktade i regel allt för små för att kunna organisera denna vård. Härmed underskattar styrelsen icke barnavårdsnämndernas medverkan. Den är självfallet icke blott i hög grad önskvärd utan även nödvändig i främsta rummet för den grupp av barn, vilken torde vara i största be-

hovet av hygienisk omvårdnad och tillsyn, nämligen de utomäktenskapliga barnen. Styrelsen har endast velat som sin mening uttala, att nämnderna i allmänhet icke torde vara kompetenta att på egen hand organisera denna vård av skäl som ovan anförts och längre ned närmare skola utvecklas.

Styrelsen vill framföra ännu en synpunkt som stöd för sitt förslag.

Såsom nedan utförligare kommer att påvisas, kan styrelsen icke dela de sakkunnigas uppfattning angående barnmorskornas blivande ställning till moderskapsvården beträffande icke blott den blivande moderns vård utan även och i än högre grad spädbarnsvården. Skall denna vård verkligen bliva, vad därmed avses, måste ovillkorligen läkaren ställas som den ansvarige ledaren för densamma. Upprätthållandet av detta krav nödvändiggör i allmänhet ett samarbete mellan ett flertal kommuner. Med hänsyn till vikten av att särskilt den efterföljande vården stegvis utbygges, att härvid kunna erfarenheter kunna tillfullo utnyttjas samt att organisationen göres tänjbar, är det enligt styrelsens förmenande synnerligen angeläget, att det blir ett »ortscentralt» organ, som redan från början leder denna vård. Såsom lämpligt sådant organ har medicinalstyrelsen närmast tänkt på barnmorskestyrelsen förstärkt med den sakkunskap som särskilt på barnavårdsområdet kan anses erforderlig eller sjukvårdsberedningen kompletterad med nödig expertis. I städer, som icke ingå i landsting, lära likaledes flera för uppgiften ägnade centralorgan förefinnas och härvid ligga barnavårdsnämnderna mycket nära till hands.

Styrelsen vill icke föreslå någon stadgeenlig skyldighet för landsting respektive stad, som icke deltagit i landsting, att anordna moderskapsvård. Dock vill styrelsen för sin del förorda, att landstings respektive nyssnämnd stads medverkan, på sätt här ovan antytts och nedan närmare angives, uppställas som villkor för åtnjutande av statsbidrag. Tillräckligt vägande skäl härför synes styrelsen redan hava förebragts. Skulle emellertid styrelsens förslag det oaktat icke kunna vinna beaktande, vill styrelsen framhålla, att ett »ortscentralt» organ synes styrelsen vara av den stora vikt och betydelse, att förutsättning för statsbidrag till moderskapsvård under alla förhållanden borde vara, att ett dylikt organ, som av Eders Kungl. Maj:t kunde godkännas, åtog sig de förpliktelser och uppgifter, som enligt styrelsens utkast och förslag skulle tillkomma landstingsorganet och att rayonen för dess verksamhet sammanföle med landstingsområdet. Detta bör enligt styrelsens förmenande vara oefftergivligt. Till vad som ovan anförts såsom stöd för detta krav, vill styrelsen slutligen framhålla, att den i uppfyllande av denna fordran ser en förutsättning för att moderskapsvården skall kunna, såsom önskvärt är, jämväl komma smärre och fattigare kommuner till del, en vård, varav de ofta äro i stort behov och som de icke på egen hand kunna vara mäktiga att tillfredsställande anordna även med hjälp av statens ekonomiska understöd.

Överinseendet och den centrala ledningen av denna vård bör tillkomma medicinalstyrelsen, som härvid har att samarbeta med statens fattig- och barnavårdsbyrå.

Efter att hava anfört dessa principiella synpunkter övergår styrelsen att nedan granska de olika avdelningarna av de sakkunnigas förslag och i samband därmed lämna ett utkast till den närmare organisation av vårdanordningarna och deras omfattning, som styrelsen för sin del anser sig kunna förorda.

Styrelsen vill uttryckligen framhålla att styrelsens nedanstående framställning endast utgör ett utkast. En fullständigare organisationsplan synes nämligen

styrelsen först kunna framläggas, sedan statens sjukvårdskommittés utredning fullföljts och det viktiga spörsmålet om fördelningen av sjukvårdskostnaden på stat, landsting och kommun, som likaledes är under utredning, kan närmare överblickas.

I. Åtgärder för förbättrad föregående och efterföljande moderskapsvård.

De sakkunnige. Denna vård åsyftar att öka de väntande och nyblivna mödrarnas kunskap om och förståelse för de hygieniska krav, vilka med hänsyn till såväl modern själv som barnet uppställas ifråga om levnadssätt och skötsel. För vinnande av detta ändamål hava de sakkunniga framlagt förslag i syfte att åvägbringa ett vidgat och underlättat utnyttjande av den sakkunskap, som läkare och barnmorskor besitta. Härför vore en del ändringar och tillägg i barnmorskereglementet och läkarinstruktionen erforderliga. Därjämte förutsattes en omfattande upplysningsverksamhet. Det praktiska resultat av de sålunda föreslagna åtgärderna skulle bliva, att den havande kvinnan beredes en s. k. *förvård*, vilken skulle innefatta en eller, i fall av behov, flera yttre undersökningar av den havande kvinnan ävensom periodiska urinundersökningar. I regel skulle den havande kvinnan besöka barnmorskan för undersökning och rådfrågning. Det har även synts de sakkunniga önskvärt, att barnmorskan, om förlossningen skall ske i hemmet, gör ett besök därstädes för att närmare lära känna dess förhållanden och resurser. De sakkunniga föreslå särskild taxa för barnmorskornas medverkan vid för- och eftervården, sålunda 1 kr. i de fall, då undersökning eller konsultation äger rum i barnmorskans bostad samt 2 kr. i övriga fall — för enbart urinundersökning skulle utgå ett arvode av högst 50 öre. Med hänsyn till önskvärddheten av att en så att säga grundläggande undersökning verkställas av läkare, torde möjligen det allmänna böra bestrida halva arvodet för en sådan undersökning utförd av vederbörande tjänsteläkare. Huvudparten av »förvården» har dock avsetts att handhas av barnmorskan.

De sakkunniga ha därjämte avsett, att barnmorskan jämväl efter barnsängstiden, i den mån förhållandena det påkalla och medgiva, skall ägna modern och barnet tillsyn samt meddela råd och anvisningar rörande deras skötsel, s. k. *eftervård* eller efterföljande moderskapsvård. Denna skulle omfatta »spädbarnsåret» och erfordra, enligt de sakkunnigas uppfattning, c:a nio stycken konsultationer, därav ett besök av barnmorskan i barnaföderskans hem i tredje eller fjärde veckan efter barnsbörden.

Den föregående och efterföljande moderskapsvården skulle i nu angivna former enligt de sakkunnigas mening komma att tillämpas å alla orter, där ej några särskilda anordningar vidtagits för beredande av nämnda vård. De antydda formerna för denna vård skulle sålunda i regel bliva rådande på landsbygden och väl också åtminstone tillsvidare i ett stort antal mindre samhällen. I större samhällen åter borde *mödra- och barnavårdscentraler*¹ vara bättre

¹ För att undvika förväxlingar kommer i denna skrivelse benämningen »Mödra- och barnavårdscentraler» härefter att utbytas mot »barnavårdsbyråer». Detta begrepp täcker ju icke fullt deras verksamhet, då denna också skall omfatta mödravård, men får väl användas intill dess lämpligare benämning kan finnas. Barnavårdsbyrå synes ock styrelsen bättre ur den synpunkten, att dessa inrättningar i stor utsträckning bliva organisatoriskt sett relativt blygsamma och att dess uppgifter komma att i stor utsträckning omhändervhas av tjänsteläkare på deras mottagningsrum.

skickade att omhänderhava den föregående och efterföljande moderskapsvården. De sakkunniga anse, att dessa tack vare bättre utrustning, högre kvalificerad arbetskraft och mera ordnad verksamhet samt större besöksfrekvens skulle beteckna ett högre utvecklingsstadium av förevarande vård. I sin enklaste form skulle dylika barnavårdsbyråer kunna åvägbringas genom att på bestämda tider i viss lokal beredes väntande och nyblivna mödrar jämte spädbarn tillfälle till rådfrågning och undersökning av läkare, biträdd av en i barnavård kunnig kvinna — byråns föreständerska. Mottagningar borde vid en dylik byrå hållas minst varannan vecka. Ständigt disponibel lokal synes ej vara erforderlig. Helst bör byrån disponera tre rum. Läkarens arbete skulle väsentligen begränsa sig till mottagningarna jämte ett eller annat hembesök. Vid till sättande av föreständerskeplats synas barnmorskor, sjuksköterskor och andra kvinnor med erfarenhet och insikter på ifrågavarande område, särskilt beträffande spädbarnsvården, lämpligen kunna ifrågakomma.

Den väntande eller nyblivna modern torde, när vården meddelas av sådan barnavårdsbyrå, lämpligen böra därför erlægga samma ersättning, som hon skulle vara pliktig betala, om hon anlitate vederbörande barnmorska. Från statens sida borde dessa byråer givetvis erhålla bidrag motsvarande summan av de statsbidrag, som eljest skulle utgå för vård av resp. klienter, om de därför vänt sig till barnmorska.

Då sakkunniga, med hänsyn till mödra- och barnavårdscentralernas större möjligheter att bereda sakkunnig och effektiv vård, anse det angeläget, att dylika barnavårdsbyråer i största möjliga utsträckning snarast komma till stånd, ha de trots berörda, vanligen gynnsamma ekonomiska läge för de större samhällena, funnit sig böra påkalla särskilt statsunderstöd till främjande av detta önskemåls förverkligande. Sålunda ifrågasätta de sakkunniga att staten borde lämna bidrag intill halva kostnaden till upprättande av barnavårdsbyråer och deras drift under de två första åren. Sannolikt skulle ett anslag å 50,000 kronor vara tillfyllest.

Givetvis skulle även polikliniker, inrättade vid barnbördshusen, vara väl skickade att tillhandagå med här avhandlade för- och eftervård. Skäligt synes vara, att poliklinikerna för lämnad för- och eftervård skulle vara berättigade uppbära enahanda gottgörelse av det allmänna, som eljest skulle tillgodokomma barnmorska.

Medicinalstyrelsen. Enligt de riktlinjer för den föregående och efterföljande moderskapsvården, som de sakkunniga uppdragit, har spädbarnsvården under hela första året sammanförts med moderskapsskyddet. Om denna kombination har medicinalstyrelsen yttrat sig i inledningen av sitt yttrande.

De åtgärder, som i flertalet fall torde vara erforderliga för för- och eftervården äro enligt medicinalstyrelsens uppfattning, helt allmänt sett, följande:

I regel torde avsett resultat av den föregående moderskapsvården kunna vinnas, om den havande kvinnan underginge en *första* undersökning, verkställd av barnmorska under förra hälften av havandeskapet, och en *andra* undersökning, verkställd av läkare, under senare delen av detsamma. I förra fallet torde rådfrågningen komma att röra sig om fastställande av havandeskapet, och den ungefärliga tiden för förlossningen, lämnande av en del allmänna råd samt hygieniska föreskrifter för havandeskapstiden. Den av läkare verkställda undersökningen skulle däremot avse att utröna, huruvida sjukliga rubbningar av betydelse för havandeskapet och för den blivande förlossningen föreligga. Om så

är fallet och det befinnes erforderligt, böra läkarundersökningarna upprepas och direktiv rörande eventuell anstaltsvård lämnas. Ett synnerligen viktigt moment i vården av den havande kvinnan äro periodiskt återkommande urinundersökningar, såsom de sakkunniga ha framhållit. Dylika undersökningar böra ske till ett antal av 8 à 10 stycken under havandeskapstiden. Urinundersökningarna böra kunna överlätas på barnmorskorna, i den mån de icke bekvämare verkställas på annat håll. Dylika undersökningar skulle då åligga distriktsbarnmorskorna och låter väl sig detta ske utan svårighet å landsbygden och de mindre städerna. Beträffande de större städerna, där öfvervägande antalet förlossningar ske å anstalt och tjänstebarnmorskornas antal därför är ringa, torde möjligheter finnas att — intill dess förebyggande vård i erforderlig utsträckning anordnats för havande kvinnor — få dessa undersökningar utförda även på annat sätt (t. ex. på apotek).

De sakkunniga ha ansett, att *den efterföljande moderskapsvården* — i regel avseende till en början såväl modern som barnet, men sedermera väsentligen barnet — vanligen torde kräva ett besök under den tredje eller fjärde veckan efter förlossningen samt sedermera ett besök ungefär en gång i månaden under det första halvåret och kanske genomsnittligt ett besök varannan månad under senare delen av »spädbarnsåret». De sjukliga rubbningar, som kunna träffa den nyblivna modern i tredje veckan eller senare efter förlossningen, äro emellertid i allmänhet av sådan art, att barnmorskan icke bör åtaga sig vården av dessa, som de sakkunniga till viss del förutsatt. I stort sett kommer denna »eftervård» således att bestå i tillsyn av det späda barnet intill 1 års ålder.

Beträffande spädbarnsvården är det vid vissa perioder i spädbarnets liv, som tillsyn är särskilt önskvärd. Den första perioden inträffar i regel vid den tidpunkt, då fråga uppstår, om barnet skall uppfödas med modersmjölk eller på artificiellt sätt, d. v. s. någon gång under barnets första levnadsveckor. Sedermera gestalta sig förhållandena olika allt efter som det gäller bröstbarn eller flaskbarn. Beträffande de förra är tillsyn i en del fall påkallad vid avvänjningens början och någon gång senare, när denna genomförts; beträffande de senare däremot är tillsyn önskvärd oftare. Antalet rådfrågningar, som genomsnittligt behövas, är sålunda vanskligt att bedöma, men synes det styrelsen ur vårdsynpunkt mycket vunnet, om man kunde beräkna ett genomsnittligt antal av 5 stycken rådfrågningar under det första levnadsåret.

Med hänsyn till de åtgärder, som således böra ingå i moderskapsvården i vad den avser för- och eftervård, föreligga inga större meningsskiljaktigheter mellan de sakkunniga och styrelsen. Den väsentliga erinran, styrelsen har i detta avseende att göra, riktar sig som ovan framhållits mot förslaget därutinnan, att de sakkunniga vid planläggningen av denna vård icke tillräckligt beaktat den fundamentala betydelsen av läkares medverkan. Styrelsen finner det för öfrigt anmärkningsvärt, att de sakkunniga beträffande ifrågavarande vård icke i sitt betänkande omnämnt en annan grupp funktionärer, vilkas utbildning är väsentligt mera inriktad på barnavården än barnmorskornas, nämligen distrikts-sköterskorna.

De sakkunniga hava framhållit önskvärdheten av att en så att säga grundläggande undersökning av den havande kvinnan borde verkställas av läkare (vederbörande tjänsteläkare). Med hänsyn till kostnaderna härför påyrkas dock icke detta, utan anföres endast i svävande ordalag (s. 138), att det allmänna »möjligen» torde bestrida halva arvodet för en dylik undersökning. I överensstämmelse härmed ha de sakkunniga utan tvivel tänkt sig, att barnmorskorna

i viss grad skulle åtaga sig en sjukvårdande verksamhet. Sålunda säges å sida 137 dels beträffande förvården »uppträda sjukliga eller eljest onormala företeelser, beroende av eller utav betydelse för havandeskapet, kunna givetvis ytterligare undersökningar och konsultationer bliva av behovet påkallade», dels ock beträffande vården efter barnsängstiden »inträda komplikationer, kunna givetvis tätare besök erfordras, och bör då barnmorskan i fall av behov uppmåna barnaföderskan att vända sig till läkare».

Enligt nu gällande barnmorskereglemente (§ 8) omfattar barnmorskas verksamhet huvudsakligen vården av den friska havande kvinnan, den regelbundna förlossningen och barnsängen samt vården av det friska späda barnet. Enligt medicinalstyrelsens bestämda uppfattning bör barnmorskas verksamhet allttjämt begränsas till nyss berörda uppgifter. Så snart »sjukliga eller eljest onormala företeelser» uppträda, skall ansvaret för behandlingen överflyttas på läkaren. Utvecklingen har också alltmera gått i den riktningen, att barnmorskorna inskränka sig till att behandla sjukliga tillstånd vid havandeskap och barnsbörd endast i sådana fall, då läkare av en eller annan anledning icke kan tagas till råds eller komma till hjälp. Med den utveckling vår sjukvård fått, hava dessa fall allttjämt förminskats i antal. På denna väg bör utvecklingen i den havande och födande kvinnans och därmed och i samhällets intresse fortgå.

Ännu större betänkligheter föranleder de sakkunnigas inställning till frågan om barnmorskornas uppgifter inom barnavården. I den utbildning, som barnmorskorna nu erhålla, ingår visserligen en kortare kurs i barnavård. Den är emellertid ingalunda av den omfattning, att den kan giva eleverna några djupare insikter i detta ämne. Ifrågavarande undervisning är väsentligen inriktad på att lära barnmorskorna vikten av den naturliga uppfödningen och vådorna för en avvänjning utan att skäl därtill föreligga, samt vissa riktlinjer för spädbarnsvården i allmänhet.

Medicinalstyrelsen inser visserligen till fullo, att distriktsbarnmorskornas verksamhet redan nu i ett flertal distrikt icke tager hennes arbetskraft i anspråk i ömskvård utsträckning och att den skänker henne ett alltför sparsamt tillmätt levebröd. Hennes ekonomiska ställning torde också bliva i ännu högre grad försämrad genom en utökning av antalet platser på förlossningsanstalter. Men att råda bot härpå genom att tilldela barnmorskorna uppgifter, som de icke kunna anses vuxna, kan icke vara en riktig utväg. En fortgående omreglering av barnmorskedistriktet i förening med en begränsning av antalet elever lärare vara en mera motiverad åtgärd. Ett annat skäl, som talar emot en omläggning och utökning av barnmorskornas utbildning, är, att vi skulle få två olika grupper av statsbidragsavlönade funktionärer med i viss mån likartade uppgifter ifråga om barnavård, nämligen barnmorskor och distriktsköterskor.

Det kan visserligen härvid erinras att barnmorskorna kunna vinna ökad kompetens genom en omläggning av deras utbildning. Då under alla förhållanden utbildning av sköterskor måste fortgå i väsentligt ökad utsträckning, torde redan tillgången på utbildningsplatser, som måste väsentligt utökas för att tillgodose behovet av barnsjuksköterskor lägga hinder i vägen för en sådan lösning. Även andra starka skäl tala emot att utbilda barnmorskor jämväl till barnsköterskor. Inom barnavården falla nämligen ett flertal uppgifter som helt och hållet ligga utanför barnmorskornas verksamhetsområde. Styrelsen tänker härvid icke blott på den egentliga barnsjukvården utan jämväl på skolhygien och omsorgerna om koltbarnens hygien. Det nu anförda sammanställt med den omständigheten, att en förlängd utbildningstid otvivelaktigt kommer att medföra krav på en

avsevärd höjning av löneförmånerna tala enligt styrelsens förmenande bestämt för att man redan från början planlägger den efterföljande vården med sikte på att sköterskorna bliva de funktionärer, som härvid skola lämna läkaren erforderligt biträde. Härmed är ingalunda utsagt, att barnmorskornas verksamhet skulle sakna betydelse för eftervården. Deras medverkan härför är i hög grad erforderlig för att sprida kunskap och förståelse för denna vårds betydelse. Under en övergångsperiod, till dess denna vård blivit på ett tillfredsställande sätt genomförd, lär för övrigt deras direkta medverkan vid vårdens utövande förvisso i stora delar av vårt land icke kunna undvaras.

De sakkunnigas förslag innebär ett omfattande rapportsystem. Barnmorska, som undersökt havande kvinna, vore skyldig att härom lämna henne skriftligt besked (undersökningsbesked), å vilket det väsentliga, av vad vid undersökningen iakttagits, skulle antecknas. Detta undersökningsbesked skulle medföras vid följande undersökningar och slutligen tjäna till ledning för den barnmorska, som komme att biträda vid förlossningen. Det skulle ock tillkomma tjänsteläkaren samma skyldighet som barnmorskan i detta avseende. I de fall, då förlossningen ägt rum å förlossningsanstalt, i vilka fall förbindelsen mellan barnaföderskan och barnmorskan, som biträtt vid förlossningen, vanligen mycket snart upphör, skulle det åligga ifrågavarande barnmorska att utfärda en »förlossnings-sedel», vilken skulle i vissa avseenden av betydelse lämna upplysning för den nyblivna moderns fortsatta vård. Den anmälan, barnmorskan jämlikt nu gällande bestämmelser är skyldig att göra till pastorsämbete för varje av henne förlöst barn, skulle utskrivas i dubbla exemplar, det ena avsett för vederbörande tjänsteläkare. I vissa fall skulle dessa anmälningar utfärdas i tredubbla exemplar. Vidare skulle det åligga barnmorska att utgiva intyg vid ansökan om förlossningspenning samt jämväl vid ansökan om barnsängspenning ett nytt intyg om, att modern efter förlossningen iakttagit, vad skäligen kan påfordras i avseende såväl å egen som barnets vård. Slutligen skulle det åligga barnmorska att avgiva intyg vid moderns ansökan om ersättning för minskad arbetsförtjänst.

Medicinalstyrelsen kan icke finna, att detta omfattande rapportsystem i nämnvärd grad kommer att gagna moderskapsvården, i varje fall icke i den omfattning, att det motsvarar de därmed förenade kostnaderna och besvären. Ur vårdsynpunkt kan utfärdande av »undersökningsbesked» för samtliga undersökta havande kvinnor icke anses påkallat. Dylikt besked kan vara av visst värde i de fall, då den undersökande läkaren iakttagit sådana avvikelser från det normala, som kunna vara av betydelse för det fortsatta havandeskapet, men i så fall bör det överlåtas till läkaren att bedöma, huruvida skriftligt meddelande kan anses nödvändigt ur vårdsynpunkt liksom ock vad detta meddelande skall innehålla. Enahanda synpunkter böra tillämpas evad förslaget avser utfärdande av »förlossningssedel».

Det ingår också i de sakkunnigas förslag, att tjänsteläkaren, som enligt förslaget komme att mottaga anmälningar å födda barn, skulle föra en fortlöpande förteckning över alla inom hans tjänstgöringsområde befintliga spädbarn. Värde av dessa anmälningar om barns födelse till tjänsteläkaren och hans skyldighet att föra denna förteckning kan starkt ifrågasättas, för så vitt icke läkaren samtidigt åläggas att inom sitt distrikt bliva ledare för den efterföljande moderskapsvården eller företaga tjänsteresor för kontroll av spädbarnsvården.

I de områden, där för- och eftervård anordnats, bör — förutom nu föreliggande anmälningsskyldighet — anmälan angående barns födelse ske av barn-

morska jämväl till vederbörande barnavårdsbyrå, resp. läkare, som omhänderhar dennas uppgifter.

Skulle de sakkunnigas förslag förverkligas, vill medicinalstyrelsen slutligen ifrågasätta, huruvida de intyg, som skall avgivas för barnsängspenningens utfående, kunna anses hava något större värde. Medicinalstyrelsen utgår därvid ifrån den synpunkten, att sådant intyg torde bli avstyrkande endast i de fall, då uppenbar vanvård föreligger eller då modern övergiver sitt barn. Dylika förhållanden kunna förutsättas inträffa endast i mycket enstaka fall. Några som helst garantier för att barnet blir i det stora hela bättre skött, om halva moderskapsunderstödet utbetalas först fjorton dagar efter förlossningen, torde för övrigt icke föreligga. Medicinalstyrelsen hyser därför den uppfattningen att ett uppdelande av moderskapsunderstödet i tvenne hälfter, på det sätt, som de sakkunniga ha föreslagit, icke har den betydelse och verkan, som därmed avsetts, eller står i proportion till det administrativa arbete, som därmed bliver förenat.

På grund av vad i inledningen anförts och nu ytterligare framhållits anser sig medicinalstyrelsen sålunda böra uppdraga i vissa avseenden andra riktlinjer för ifrågavarande vård än de sakkunniga gjort. Detta gäller närmast vården i de stora områden, inom vilka, åtminstone på mycket länge, barnavårdsbyråer icke kunna förväntas bli inrättade. Beträffande de senare avser styrelsens förslag att skapa större stadga i organisationen redan från början för att därmed, i den mån det är möjligt, vinna garantier, för ett följdriktigt och målmedvetet utbyggande av vården. I övrigt har styrelsen intet väsentligt att erinra mot vad de sakkunniga anført om byråernas verksamhet.

De ledande principerna i styrelsens förslag för själva vårdens utövning, är som ovan framhållits, i första rummet att en läkare inom varje område — det må bli större eller mindre — blir den ansvarige ledaren för ifrågavarande arbete, med sköterskor och barnmorskor som biträden. I andra rummet syftar styrelsen, som likaledes i inledningen anförts, till att för ledning av vården få ett centralt organ inom varje landstingsområde, som med en ingående kännedom om de lokala förhållanden förenar förfarenhet och insikter i hälso- och sjukvårdsangelägenheter.

Medicinalstyrelsen anser sig av flera anledningar icke beredd att nu framlägga en *närmare* utformad organisationsplan. En första orsak härtill är den förut omnämnda omständigheten, att anstaltsvården vid barnbörd är föremål för utredning av en av Eders Kungl. Maj:t tillsatt kommitté. Den förebyggande vården har nämligen, som antytts, helt naturligt en viktig stödjepunkt i de anstalter, som ombesörja barnbördsvård, och i viss mån även i dem, som utöva sjukvård för barn. En andra orsak är att söka därutinnan, att det för närvarande är svårt att förutse, med vilket intresse denna förebyggande vård kommer att omfattas. Även om man är livligt övertygad om dess gagn, kräves för förhindrande av överorganisation en viss återhållsamhet vid dess planläggning och utbyggande i synnerhet i de vidsträckta områden, där marken ännu är helt obruten beträffande denna verksamhet. En tredje orsak är, att för denna vård, som hittills i största omfattning främjats av enskilda intressen och initiativ, dessa värdefulla krafter allt fortfarande böra tillvaratagas och mobiliseras. Att detta kan ske genom olika åtgärder och under olika former är uppenbart. Det för styrelsen väsentliga är att för statens medverkan vissa från socialhygienisk synpunkt oundgängliga krav upprätthållas och att de olika primärorganen icke på ett för vårdens utnyttjande oändamålsenligt sätt för snävt

begränsa sina verksamhetsområden samt att den organisation, som utövar vården, bliver förpliktigad att underordna sig ett »ortscentralt» organ för att bli delaktig av det allmännas bidrag. Om det sedan blir landstinget självt, en större primärkommun, en barnavårdsnämnd, en förening eller till äventyrs en enskild person, som omhänderhar vården på olika platser eller inom olika distrikt, torde vara en sekundär fråga. Det ortscentrala organet skulle i sin ordning hava att ställa sig till efterrättelse föreskrifter och direktiv av högre myndighet. Härvid torde medicinalstyrelsen komma närmast i fråga.

Därest landstingen åtog sig organisationen av vården, vunnas de säkraste garantier för att densamma anordnades ändamålsenligt med hänsyn till de olika förhållanden, som göra sig gällande inom olika delar av vårt land. Landstingen borde således taga initiativet till anordnande av ifrågavarande vård, och därvid kunna påräkna visst statsbidrag. Med hänsyn till de olika förutsättningar för dess anordnande, som kan vara tillfinnandes inom olika landsting, bör laglig skyldighet härom tillsvidare icke fastslås. Styrelsen funne däremot som i inledningen nämnts en bestämmelse synnerligen önskvärd, att landstingets övertagande av ledningen av denna vård bleve fastslaget som ett villkor för statsbidrag.

För varje landstingsområde, som önskar anordna vård av här berörd art, uppgöres en plan för vårdens bedrivande, som underställes medicinalstyrelsens prövning och godkännande. Landsting eller stad, som icke deltagar i landsting, uppdrager lämpligen åt sin barnmorskestyrelse sjukvårdsberedning eller annat offentligt organ i stad t. ex. hälsovårdsnämnd eller barnavårdsnämnd, att utarbeta antydda plan och att bli centralstyrelse för denna vård inom landstingsområdet resp. staden. Såväl den föregående som efterföljande moderskapsvården bör förläggas till vissa rådfrågningsställen. Att härvid redan förefintliga och för detta ändamål lämpliga institutioner böra utvecklas och stödjas samt att såväl kommuners som enskildas medverkan bör eftersträvas, har redan antytts.

Riktlinjerna för en utbyggd organisation skulle i överensstämmelse härmed i huvudsak bli följande: varje landstingsområde uppdelas i distrikt av lämplig storlek (*barnavårdsdistrikt*). För varje distrikt anordnas ett rådfrågningsställe (*barnavårdsbyrå*).

Beträffande distriktens storlek kunna normerande bestämmelser icke uppdragas på förhand. Omfattningen av distrikten kommer givetvis att variera med geografiska förhållanden och befolkningens fördelning inom resp. områden. I de tätt bebyggda länen med goda kommunikationer kan det vara fördelaktigt med ett mindre antal byråer, förlagda i anslutning till förefintliga sjukvårdsinrättningar, barnbördsavdelningar och pediatrika avdelningar, därvid byråns arbete bör fördelas på dessa institutioner (förvården till barnbördsavdelningen, eftervården till den pediatrika avdelningen).

I andra län med större ytvidd och ringa befolkningstäthet kan det vara lämpligare att förlägga byråerna till stationsorter för tjänsteläkare eller andra här för lämpade läkares mottagningar. I flertalet fall kommer antagligen en kombination av dessa olika system att visa sig förmånligast. För vissa delar av Norrland, eventuellt även för andra trakter, där stora avstånd till läkarstationen förefinnas, är det ur flera synpunkter önskvärt, att antalet mottagningar utom läkarstationen utökades, varigenom även den avlägsen boende befolkningen oftare kunde komma i åtnjutande av här avsedd vård.

Beträffande lokalfrågan är det möjligt, att vissa barnavårdsbyråer kunna

disponera redan befintliga mottagningslokaler vid landstingens sjukvårdsinrättningar. Å landsbygden däremot, där i stort sett tjänsteläkaren kommer att förestå denna vård, torde väl hans mottagningslokal tillsvidare kunna disponeras, ett förhållande, som i stor utsträckning är rådande beträffande tuberkulosdispensärerna. Det må även erinras om, att vid de provinsialläkarbostäder, som byggts eller anordnats med statsbidrag, lämpliga mottagningslokaler finnas (för närvarande ett 60-tal dylika i hela landet). I övrigt hänvisas till vad de sakkunniga anfört om lokalfrågan.

Läkare vid byrån antages av den centralstyrelse, åt vilket landstinget resp. stad, som icke deltagar i landsting, uppdragit ifrågavarande vård. Finnes specialutbildad läkare, bör ledningen givetvis anförtros åt denne. Lämpligt är även att en dylik läkare är bisittare i förenämnda, av landstinget utsedda styrelse. I vissa fall, t. ex. då primärkommun, förening eller enskild person anordnar en barnavårdsbyrå kan det måhända anses lämpligt att ledningen av dess verksamhet överlåtes på en lokal styrelse, därvid dock någon ändring i den centrala styrelsens befogenheter såsom övervakande och ledande organ icke bör ske.

Särskild föreståndarinna vid byrån måste givetvis anställas, där arbetet så fordrar. I de mera vidsträckta distrikten vore det måhända fördelaktigt ur vårdsynpunkt, att vid byråerna anställdes högt kvalificerade föreståndarinnor, vilka samtidigt hade till uppgift att vara ambulerande barnkonsulenter och därvid biträda resp. tjänsteläkare med besök i de mera avlägset liggande trakterna inom distriktet.

Barnavårdsbyråns arbetssätt. Byråns verksamhet skall inriktas på att vara rådgivande. Av stor vikt är, att det klientel, för vilket verksamheten är avsedd, uppmanas att begagna sig av byråns tjänster. Härtill skola i första hand barnmorskorna medverka. Dessa böra åläggas att uppmana de väntande mödrarna att låta undersöka sig å byrån. Barnmorskorna böra även vara skyldiga att anmäla varje barns födelse jämväl till barnavårdsbyrån eller den läkare, som i hennes tjänstgöringsområde har sig moderskapsvården anförtrodd. Byrån tillställer därefter varje nybliven moder ett cirkulär angående dess verksamhet och syftemål. Läkaren för byrån skall icke vara skyldig avlägga besök i hemmen för tillgodoseende av den förebyggande vården. Kontrollen över barnen därstädes skall under läkarens ledning ankomma på dess föreståndarinna, i fall sådan finnes, i annat fall på distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor i den omfattning och med den arbetsfördelning inom barnavårdsdistriktet, byråns ledare finner lämpligt. Journaler eller kortsystem över klientelet bör givetvis göras och årsredogörelse rörande verksamhet avgivas. Närmare föreskrifter här om uppdrages lämpligen åt medicinalstyrelsen att utfärda.

Kontrollen av byråernas verksamhet bör utövas av vederbörande förste provinsialläkare eller resp. förste stadsläkare i de städer, som icke deltaga i landsting, därvid medicinalstyrelsen dock icke förutsätter någon ändring i de åligganden, som tillkommer barnavårdsnämnd enligt nu gällande lag om samhällets barnavård.

II. Åtgärder för förbättrad förlossnings- och barnsängsvård.

De sakkunniga. De sakkunniga erinra om att på senare tid gör sig en stark och växande tendens gällande hos barnaföderskorna att förlägga sin nedkomst till någon förlossningsanstalt. Under det att antalet vårdplatser å barnbörds-

husen enligt den officiella statistiken ökats från 216 år 1901 till 858 år 1926, har sålunda den genomsnittliga beläggningen per vårdplats under samma tidrymd vuxit från 0,71 till 0,85. Knappheten på vårdplatser kommer givetvis också till uttryck i anstaltsvistelsens längd. Denna uppgick för mera än en fjärdedel av barnbördshusen genomsnittligt till kortare tid än 10 dagar. Denna siffra torde emellertid vara avsevärt påverkad av en del med sjukdom förbundna förlossningsfall, varför anstaltsvistelsen i regel ställer sig kortare än 10 dagar. Förekomsten av barnbördshus och förlossningshem måste anses ganska otillfredsställande fördelad inom riket. I och med lagen den 28 juni 1928 om vissa av landsting och kommun drivna sjukhus finnes dock utsikt att få till stånd ökade anstaltsplatser för barnbörd, och en utjämning av nämnda missförhållanden.

Beträffande sättet för tillgodoseende av behovet av anstaltsvård åt barnaföderskor ha meningsskiljaktigheter framträtt rörande den lämpligaste typen av anstalter. De sakkunniga anse för sin del att i ett välordnat system av förlossningsanstalter böra ingå, *dels* i regel ett eller flera större, någorlunda centralt belägna, i alla avseenden väl utrustade barnbördshus, *dels* ock ett antal mindre, till belägenhet lämpligt fördelade, anspråkslösare förlossningshem. De sakkunniga ha uppskattat behovet av vårdplatser å barnbördshus till 15 procent av förlossningsfallen. Med en beläggning av varje vårdplats av 20 à 25 per år, skulle antalet vårdplatser för »kvalificerad» vård kunna uppskattas till $\frac{3}{4}$ procent av det årliga antalet förlossningar. Beträffande förlossningshemmen, ha de sakkunniga tänkt sig, att sådana så småningom skulle komma till stånd till sådant antal, att man från varje ort, åtminstone inom de tätare bebyggda länen, ej skulle ha allt för lång väg, kanske högst 3 à 4 mil, till ett dylikt hem. De borde förläggas i närheten av läkares stationer. Med fördel kunna dessa hem anordnas i samband med annan anstalt, helst av sjukvårdande natur, men även anknytning till barnhem, ålderdomshem eller försörjningsinrättning förordas, då därigenom frågan om mathållningen löses på enkelt och förmånligt sätt. De sakkunniga framhålla dessutom såsom nödvändigt, att vårdavgifterna vid dessa hem hållas låga, helst icke överstigande 2 kronor 50 öre för dag. För förverkligande av dessa hem, anse de sakkunniga det vara påkallat, att staten lämnar ekonomisk medverkan. Beträffande den mera kvalificerade anstaltsvården vid barnbördshusen hänvisas till landstingens skyldighet att anordna denna vård.

Med hänvisning till de missförhållanden beträffande privata förlossningshem, som sedan lång tid tillbaka iakttagits, och med omnämnande av de hittills bekantgjorda resultaten av den utredning, som statens inspektör för den offentliga fattig- och barnavården i anledning härav igångsatt, vilken utredning bragt i dagen på sina ställen svårartade sanitära och andra missförhållanden, väsentligen i avseende å de där födda barnen, ha de sakkunniga ansett nödvändigt att framlägga ett förslag till lag angående de enskilda förlossningshemmen.

Slutligen ha de sakkunniga påkallat uppmärksamhet över behovet av *hem för väntande och nyblivna mödrar och av hemvårdarinnor*, som kunna bistå eller övertaga arbetet i hemmet för den i barnsäng liggande modern. En vidare utveckling av nämnda institutioner anses önskvärd och av behovet påkallad.

Medicinalstyrelsen. Med hänsyn till att Statens sjukvårdskommitté, såsom ovan nämnts, även har frågan om anstaltsvård vid barnbörd under utredning, anser sig medicinalstyrelsen för närvarande icke böra ingå på frågan om planerna för utökande av denna vårdform. Styrelsen vill emellertid dock som sin mening framhålla, att detta i första rummet bör ske i samband med de sjuk-

vårdsanstalter, landstingen driva. Först i den mån så ombesörjd vård till följd av de lokala förhållandena icke kan anses tillfredsställande kan en komplettering med andra anstalter förordas, vilka senare helt visst kunna vara mycket enkla och i regel icke bör inrättas för flera än några enstaka platser.

Behovet av kontroll över de enskilda förlossningshemmen är ofrånkomligt med hänsyn till de missförhållanden på detta område, som sedan länge förelegat. Beträffande de sakkunnigas förslag till lag för dessa hem har styrelsen endast att erinra, att det synes lämpligare att licensförfarandet och kontrollen över hemmen centraliserats till medicinalstyrelsen. I samband med fastställande av lag den 22 juni 1928 om vissa av landsting och kommun drivna sjukhus uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen att utarbeta allmän stadga för hem för kroniskt sjuka m. fl. enskilda vårdanstalter. Då denna stadga nu är under utarbetande, vill medicinalstyrelsen hemställa, att förslaget om lag om enskilda förlossningshem icke framföres nu, utan att erforderliga föreskrifter för dylika hems drivande intagas i nämnda stadga.

Beträffande anordnande av hem för väntande och nyblivna mödrar samt anställande av s. k. hemvårdarinnor vill medicinalstyrelsen uttala sitt livliga gillande av vad de sakkunniga i detta avseende anfört.

Vid det förhållandet att medicinalstyrelsen i första hand vill genom ett blivande anslag från det allmännas sida främja de s. k. *naturaprestationerna*, anser sig styrelsen böra, innan styrelsen övergår till kapitlet om åtgärderna för beredande av kontant understöd till barnaföderskor, beröra de kostnader, styrelsens förslag härutinnan kunna beräknas medföra. Härvid möta givetvis stora svårigheter. Grunderna, efter vilka bidragen från det allmänna böra utgå, för att icke tala om deras storlek, kunna givetvis bliva föremål för mycket olika meningar. Så ock spørgsmålet om vården bör vara avgiftsfri för sökanden eller icke. En annan svårighet möter därutinnan, att det icke låter sig beräkna, i vilken utsträckning anslag, som kunna beviljas, komma till användning. Oaktat att det invecklade spørgsmålet om förhållandet mellan statens och kommunernas utgifter för olika ändamål är föremål för utredning, kan styrelsen icke helt undgå att beröra även denna sida av frågan vid kostnadsberäkningen för moderskapsskyddet.

Medicinalstyrelsen vill härvid först framföra några allmänna synpunkter och längre ned i en särskild bilaga lämna en tablå över vissa med realiserandet av styrelsens förslag förenade utgifter.

Beträffande avgiftsfrågan vid för- och eftervården kunna i stort sett trenne olika alternativ uppställas: 1) en viss avgift för samtliga rådfrågande, varvid måste förutsättas, att vederbörande kommun erlägger kostnaden för de obemedlade, 2) avgiftsfria konsultationer för dem, som kunna komma att falla under en blivande lags bestämmelser samt 3) avgiftsfria konsultationer för samtliga rådfrågande.

Många skäl tala för, att en viss avgift stadgas. Erfarenheten lär, att den vård, för vilken vederbörande erlägger ersättning, i allmänhet värderas mera än den, som står gratis till förfogande. Missbruk förebyggas ock härigenom, åtminstone i viss mån. Emot systemet med avgiftsplikt för alla sökande talar främst den omständigheten, att denna skulle försvåra tillgången till denna vård för de sämst lottade, vilka i allmänhet torde vara i största behov av densamma. Vidare må erinras om att, såsom ovan flera gånger framhållits, det här är fråga om, icke en sjukvårdande verksamhet, utan en hälsovårdande. De moment, som

resa de största betänkligheterna emot en fri sjukvård, en viss benägenhet att draga ekonomiska fördelar av denna vård, samt neurosers fallenhet för aggrava-tion och simulation, bortfalla nämligen beträffande moderskapsvården. Ledaren av ifrågavarande verksamhet har ock mycket större möjlighet att reglera an-talet besök vid denna vård än vid vård av sjuka.

Det andra alternativet har mycket fog för sig. Erfarenheten från den hittills bedrivna verksamheten på detta område bestyrker, att flera personer, som an-lita mjölkdroppar och barnavårdscentraler icke höra till det klientel, för vilket vårdanordningarna äro avsedda. Den av de sakkunniga gjorda utredningen visar emellertid att — med den i deras betänkande uppdragna gränsen för mo-derskapsunderstödet utgående — antalet personer, för vilka rådfrågningsmøj-ligheterna äro avsedda, utgör huvudparten eller i det närmaste 80 procent. Man synes därför knappast hava anledning befara, att personer, vilka icke vore be-rättigade till denna avgiftsfria rådfrågning, i nämnvärd utsträckning skulle be-svåra centralen.

Under sådana förhållanden och då ett tillkännagivande inom undersöknings-lokalen om, för vilka verksamheten vore avsedd, med all sannolikhet vore till-räcklig för att förebygga missbruk av här berörd art, vill medicinalstyrelsen — dock icke utan tvekan — förorda att den *föregående och efterföljande moder-skapsvården blir kostnadsfri*, evad den avser såväl sökters på centralen resp. hos den läkare, som har åtagit sig denna vård, som sköterskans resp. barnmor-skans besök i hemmen för tillgodoseende av densamma.

Vidkommande finansieringen av för- och eftervården vill medicinalstyrelsen framlägga följande utkast. Statsbidrag bör utgå till dylik vård med 2 kronor per utförd undersökning, under förutsättning av avgiftsfri rådfrågning, dock till ett visst begränsat antal besök, förslagsvis högst 3 stycken för moderskaps-vård och 4 stycken för spädbarnsvård för samma person. Moder med barn skall räknas som en person. Det kan emellertid förutsättas, att i medeltal varje moder icke anlitar byrån för egen del mera än en gång före och en gång efter barn-sängstiden, denna senare gång tillsammans med barnet. Även med en beräk-ning av i medeltal 5 stycken besök för spädbarnet kommer under sådana för-hållanden statsbidraget att utgå med högst 12 kronor per år och moder till-sammans med barn. Enligt de sakkunniga skulle det finnas cirka 80 000 barna-födorskor per år berättigade till moderskapsunderstöd. Om var och en av dessa besöker mödra- och barnavårdscentralerna i den utsträckning nyss beräknats, skulle detta betyda en statsutgift av 960 000 kronor. Emellertid har man av flera skäl icke att förvänta, att barnavårdsbyråerna komma att utnyttjas i an-given utsträckning. Det är mycket vunnet för ifrågavarande vård, om varje barnafödarska anlitar byrån en gång för sig själv och ett par gånger för barnet. Statsverkets kostnader komme i så fall att understiga 500 000 kronor per år. Till en början bleve antagligen endast en del av detta belopp erforderligt.

Av statsmedel skulle icke utgå några bidrag, som avsåge täckande av hyra respektive andra utgifter för lokals anskaffande, möblering, uppvärmning, lyse eller städning. Det skulle tillkomma vederbörande centralstyrelse att träffa överenskommelse med kommuner, föreningar, bolag eller enskilda etc. att till-handahålla nödiga lokaler. Kostnaderna härför torde väl i regel komma att på-vila primärkommunen. Någon extra utgift för de mindre kommunerna torde i detta fall icke behöva ifrågakomma, enär mottagningarna här i regel ägde rum i provinsialläkarens mottagningslokal. Endast för mycket stora kommuner

lära kostnaden för lokal och för vad härmed sammanhänger uppgå till något nämnvärt belopp.

Det bör åligga vederbörande centralstyrelse att träffa ekonomisk överenskommelse med läkare att åtaga sig föreståndarskapet av barnavårdsbyrån, så ock anställa de sköterskor och biträden åt läkaren, som äro avsedda att helt ägna sig åt byråns verksamhet.

Medicinalstyrelsen anser, att sköterskor eller andra biträden åt läkaren böra hava visst arvode för sitt arbete och icke ersättning för varje prestation. Lämpligt synes vara att även läkarna ersättas på liknande sätt. I den mån de statsbidrag, som komma att utgå till moderskapsvården, icke visa sig tillräckliga, böra kostnaderna täckas av centralstyrelsen.

De sakkunniga hava föreslagit ersättning efter viss taxa för barnmorskornas biträde vid den föregående och efterföljande moderskapsvården. Vare sig medicinalstyrelsens eller de sakkunnigas förslag skulle vinna statsmakternas bifall, håller styrelsen före, att barnmorska för sin medverkan borde i stället för ersättning per prestation, erhålla ett visst tillskott till sin avlöning. Med hänsyn till det ökade arbete, som skulle påvila distriktsbarnmorskorna efter de riktlinjer, styrelsen uppdragit, vill styrelsen föreslå, att distriktsbarnmorska i samtliga landstingsområden, respektive städer, som icke deltaga i landsting, där moderskapsvård anordnats, på sätt som av statsmyndighet kan godkännas, tillförsäkras en ökning av den kontanta lönen med etthundra kronor årligen. Det synes medicinalstyrelsen skäligt, att med hänsyn till den lindring i de kommunala utgifter för hälso- och sjukvård, som styrelsens förslag komme att medföra, och med hänsyn till det gagn, ett förbättrat moderskapskydd skulle skänka, vederbörande barnmorskedistrikt finge vidkännas kostnaderna för barnmorskans ifrågavarande löneförhöjning.

Medicinalstyrelsen har i det föregående framlagt förslag, att såväl den föregående som efterföljande moderskapsvården skulle vara avgiftsfri för den mindre bemedlade kvinnan. I anslutning härtill och i överensstämmelse med förut gjorda principuttalanden rörande värdet av de s. k. naturaprestationerna vid ifrågavarande vård, får medicinalstyrelsen uppdraga följande *riktlinjer för ekonomiskt understöd åt barnaföderskor även vid förlossningen och under barnsängstiden.*

Den härtill berättigade barnaföderskan tillförsäkras fri barnmorskevård och fri efterskötsel under barnsängstiden, beräknat efter 2 å 3 besök efter förlossningens avslutande. Eller ock möjligast billig vård vid förlossningsanstalt. Taxan för distriktsbarnmorskas biträde vid förlossning hos mindre bemedlade varierar något, men torde icke överstiga 10 kronor. Efterskötsel under barnsängstiden förekommer, enligt de sakkunnigas utredning, allmänt i städerna och stadslänkande samhällen. Å landsbygden däremot undandrager sig cirka $\frac{1}{4}$ av barnaföderskorna denna vård. Det synes medicinalstyrelsen angeläget, att jämväl barnaföderskorna å landsbygden i största möjliga utsträckning komma i åtnjutande av denna eftervård. Detta synes styrelsen möjligt att realisera, om ifrågavarande besök bliva avgiftsfria för barnaföderskan. Ersättning för dylikt besök torde enligt nu gällande taxor för distriktsbarnmorskor uppgå till cirka 2 kronor per gång. Då 2 å 3 dylika besök kunna anses tillräckliga, kan barnmorskans ersättning härför uppskattas till genomsnittligt 5 kronor. Härtill skall givetvis komma fri skjuts för barnmorskan. Med hänsyn till de olika taxor, som äro gällande för olika län, till busstrafikens alltmera ökade omfattning, och med hänsyn till att barnaföderskorna i flertalet fall få förutsättas själva eller genom

arbetsgivares förmedling kunna anskaffa lämpligt fordon för barnmorskans färd till hemmet ifråga, anser styrelsen att ersättning för skjutskostnaden icke bör utgå av statsmedel. Styrelsen vågar tro, att då ifrågavarande besök erhållas utan avgift, detta skall uppmuntra vederbörande att ställa skjuts till barnmorskans förfogande. Där så är erforderligt, bör naturligtvis kommunen träda hjälpende emellan. En sådan avgiftsfri vård skulle ock medföra den fördelen, att barnmorskorna verkligen finge dem tillkommande ersättning för förlossningar även i fattiga hem, något som, enligt vad som från barnmorskehåll framförts, ofta icke är fallet, vilket förhållande i viss mån bidrager till deras nuvarande mindre goda ekonomiska ställning.

Med förestående beräkningar skulle således av statsmedel till barnmorskan utbetalas 10 kronor för biträde vid varje här avsedd förlossning samt 2 kronor för varje besök för eftervård under barnsängstiden dock i intet fall mera än 5 kronor. Detta arvodes utbetalande synes lämpligen kunna ske genom vederbörande barnmorskestyrelse. Denna tillhandahåller ju enligt gällande lag distriktsbarnmorskorna deras kontanta lön månadsvis i förskott (tjänstgöringspengar i efterskott). Det borde därför icke bereda barnmorskestyrelserna stort besvär, att i samband med tjänstgöringspengarna även utbetala barnmorskans arvoden för biträde vid förlossning under den gångna månaden. Formerna för denna utbetalning kan förslagsvis anordnas sålunda: varje kvinna, som anser sig berättigade att erhålla moderskapsunderstöd har att i god tid anmäla sig hos någon kommunal myndighet, eventuellt endast hos kommunalnämndens ordförande, som efter prövning utfärdar ett intyg om berättigande till understödet. Detta intyg överlämnas till den barnmorska, som biträder vid förlossningen. Barnmorskan i sin tur insänder vid varje månads slut ifrågavarande intyg, vardera försett med uppgift om antalet besök för eftervård, till barnmorskestyrelsen, vilka intyg sålunda komma att gälla som kvitto jämväl för barnmorskestyrelsens rekvisition av statsmedel för sina sålunda gjorda utgifter.

Denna anordning avser i första hand distriktsbarnmorskorna. Dessa utgöra ju ock flertalet av barnmorskorna, och äro i stort sett de enda praktiserande dylika å landsbygden. Det behöver ju icke möta några svårigheter, att jämväl de privatpraktiserande barnmorskorna erhålla föreslagen ersättning för biträde vid förlossning och barnsäng, därest de tillförlitligt styrka, att barnaföderskan erhållit nämnda vård utan avgift.

Närmare överenskommelse härutinnan bör överlåtas på barnmorskestyrelserna att träffa.

I ett visst antal fall måste vid förlossning i hemmet läkare kallas eller i hemmet påbörjad förlossning avslutas å förlossningsanstalt. Det förra förhållandet torde inträffa i cirka 2 500 fall per år för hela riket enligt uppgifter i Sveriges officiella statistik angående allmän Hälso- och sjukvård. För det senare förhållandet finnes inga exakta uppgifter, men torde antalet här avsedda fall icke överstiga förut angivna summa.

I dessa berörda fall uppstår då frågan, hur ersättning av statsmedel skall utgå. Vad den senare gruppen av dessa fall beträffar, kan det icke anses berättigat, att barnmorskan erhåller 15 kronor, som föreslagits för avslutad förlossning plus eftervård, när förlossningen sker i hemmet.

Överflyttas kvinnan till förlossningsanstalt kan det anses tillräckligt, att den i hemmet biträdande barnmorskan erhåller i ersättning 5 kronor, under det att full ersättning på sätt som nedan föreslagits, skall utgå till förlossningsanstalten. I de fall åter, då läkare biträder vid förlossning i hemmet, bör givetvis den

biträdande barnmorskan erhålla vanlig ersättning. Beträffande arvodet till läkaren ställer sig saken annorlunda. Enligt kungörelsen angående statsbidrag för lindring i mindre bemedlade patienters å landsbygden sjukvårdskostnader utgår ersättning till läkaren med $\frac{3}{4}$, dels av den del av arvodet, som överstiger sju kronor, dels ock av resekostnaden för den del av läkarens resa, som faller utanför ett avstånd, överstigande 10 km. från läkarstationen. För biträde vid förlossning skall utöver stadgat arvode och resekostnadsersättning till läkaren utgå 5 kronor beträffande i nämnda kungörelse avsedda patienter. Oaktat således statsbidrag i här berörda fall utgår, blir det likväl en ganska kännbar utgift för barnaföderskan, därest såväl barnmorska som läkare skall närvara vid förlossning i hemmet.

Medicinalstyrelsen inser mycket väl önskvärdheten av att nu nämnda nedläggning av läkararvodet komme samtliga dem till del, vilka finge åtnjuta fri barnmorskevård vid barnsbörd i hemmen. Styrelsen anser sig emellertid främst av kostnadshänsyn icke nu böra framlägga något förslag till utvidgning av gällande bestämmelser. Vissa praktiska skäl kunna ock anföras för att icke hava skilda beräkningsgrunder om tjänsteläkaren kallas för en förlossning eller för ett sjukdomsfall. Medicinalstyrelsen anser sig för övrigt hava anledning förmoda, att ett flertal av de förlossningar, där läkares biträde nu är nödvändigt, i allt större utsträckning och med föreslagen organisation av förvården av den havande kvinnan komma att förläggas till förlossningsanstalt. Även förstföderskorna söka sig i allt större utsträckning till dylik anstalt. Härigenom kommer i hemmen utförda förlossningsoperationer att i väsentlig grad minskas. Styrelsen anser det också önskvärt, att de mindre bemedlade barnaföderskorna, i vilkas hem måhända hygieniska brister i flera avseenden föreligga, och de ogifta mödrarna, som i många fall ha det än sämre ställt, förlägga sin nedkomst till förlossningsanstalt. Skulle läkare biträda vid förlossning i hemmet avgiftsfritt, kan man förmoda, att denna önskvärda utveckling kommer att hämmas.

Med hänsyn till förslaget om fri barnmorskevård vid förlossning i hemmet kan måhända konsekvensen synas kräva att jämväl vården på förlossningsanstalt lämnades avgiftsfri. För en mindre personlig avgift tala dock flera skäl. Den kvinna, som blir förlöst å anstalt, erhåller först och främst å de inrättningar, vid vilka läkare äro anställda med de skyldigheter gentemot de intagna, som enligt gällande sjukhuslag och sjukhusstadga tillkommer lasarets- och sjukstugeläkare, fri läkarvård, då hon åtnjuter vård å allmänt rum. Hon besparas ock utgift för en del utensilier, som äro nödvändiga för skötseln vid själva förlossningen och vid barnsängsvården. Hon erhåller härjämte fri kost och tvätt m. m. under vårdtiden samt inbesparar skjut ersättning för barnmorskan. Å andra sidan måste det anses synnerligen önskvärt, att vårdavgiften sättes så pass lågt, att denna i och för sig icke utgör något hinder för att de obemedlade barnaföderskorna, vilka i många fall få förutsättas leva under mindre gynnsamma hygieniska förhållanden, kunna, i möjligaste utsträckning erhålla anstaltsvård vid barnsbörd. Detta önskemål kunde vinnas om förlossningsanstalten ägde rätt att i likhet med barnmorskorna och från samma myndighet som dessa uppbära ersättning med 15 kronor per förlossning. Huvudmännen för anstalten skulle i så fall förbinda sig att fastställa en vårdavgift av *högst* 1 krona per dag under de första 10 dagarna. Förslaget om denna tidsbestämmelse grundar sig på erfarenhet, att 10 dagar utgör medelvårdtid för barnsbörd å anstalt. Tiden bör räknas från och med den dag, då förlossningsarbetet kan anses hava börjat. I en del fall intagas visserligen kvinnorna tidi-

gare och få även kvarligga över medelvårdstiden. Det torde dock så gott som undantagslöst gälla fall med avvikningar från det normala eller med sjukliga förändringar. Det synes medicinalstyrelsen skäligt, att såsom villkor för statsbidrag, borde uppställas den bestämmelsen, att vederbörande anstalt icke hade rätt att för fall, som behöva vård å barnbördsavdelning utöver 10 dagar fastställa högre legosängsavgift än den, som utgår för sjuk, vårdad på allmän sal på sjukhuset i övrigt. Vidare vore en sådan bestämmelse önskvärd, att andra utgifter för vård, som ovan antytts, icke finge uttagas av den vårdade med undantag för läkararvoden vid de anstalter, där det icke ingår i läkares åligganden att utan särskild ersättning tillhandagå vårdad patient med erforderlig behandling. Härför borde taxa uppgöras och fastställas av någon myndighet, t. ex. medicinalstyrelsen. Förlossningsanstalten skulle sålunda i statsbidrag och vårdavgift uppbära tillsammans högst 2 kronor 50 öre per vård dag, räknad efter en vårdtid av 10 dagar, en avgift, som kan anses skäligt avmätt, enär enligt nu tillgängliga uppgifter från av landstingen anordnade barnbördsavdelningar vårdavgiften i allmänhet belöper sig på 2 å 3 kronor (varierar mellan 1—5 kronor) per dag.

Nu uppdragna linjer för anstaltsvården vid barnsbörd äro väsentligen tillrättalagda för av landsting och kommun upprättade och drivna anstalter. Beträffande privata förlossningsanstalter och förlossningshem ställer sig saken däremot annorlunda. På dessa äro dagavgifterna i allmänhet väsentligt högre, varjämte ofta tillkommer särskild avgift för biträde vid förlossning. Även dessa enskilda anstalter borde enligt styrelsens förmenande vara förpliktade att, för så vitt de önska påräkna statsbidrag för vård till de barnaföderskor, som enligt blivande föreskrifter skulle komma i åtnjutande av billig vård vid barnsbörd, iakttaga nu föreslagna bestämmelser rörande avgifter. Det synes styrelsen ingalunda osannolikt, att enskilda humanitära föreningar och stiftelser skulle vilja bidraga till vårdkostnadernas täckande liksom det icke borde vara osannolikt att åtminstone vissa primärkommuner skulle finna det med sin fördel förenligt att ekonomiskt stödja välskötta sådana enskilda anstalter. Även torde det vara önskvärt, att barnmorskor i distrikt, där så kan vara önskvärt beredas möjlighet att på liknande villkor kunna mottaga förlossningsfall.

Vården för barnsbörd på barnbördsavdelning och förlossningshem skulle självfallet främjas om staten jämväl lämnade bidrag för inrättande av flera vårdplatser. Med hänsyn till statens sjukvårdskommittés pågående arbete vill medicinalstyrelsen icke framlägga något förslag härtill. Styrelsen vill dock i detta sammanhang framhålla att, om staten främjar moderskapsvården *med kontanta bidrag*, styrelsen skulle finna det konsekvent, att dylika kunde få påräknas även för anskaffning av nya vårdplatser.

Förmånen av fri barnmorskevård vid barnsbörd i hemmet samt av nedsatt avgift vid vård å allmänt rum å barnbördshus, barnbördsavdelning eller förlossningshem bör, enligt styrelsens förmenande, icke givas samma omfattning som vid för- och eftervården jämlikt styrelsens förslag. De praktiska olägenheter, som i händelse av vissa restriktiva bestämmelser med hänsyn till de sökandes ekonomiska ställning skulle föreligga vid för- och eftervården, lära icke förefinnas beträffande vården vid själva barnsbörden. Så gott som undantagslöst hava kvinnorna god tid att förskaffa sig erforderliga intyg. Ett annat skäl, som talar emot restriktiva bestämmelser av ifrågavarande art beträffande för- och eftervården nämligen att modern kan vara obenägen att både för egen och för barnets del vidkännas en kostnad för en undersökning, som icke synes vara

påkallad av någon rubbning av hennes eget eller sitt barns hälsotillstånd, föreligger icke heller vid denna angelägenhet. Styrelsen anser därför att en viss gräns bör fastställas och vill i detta avseende föreslå att nu nämnda förmåner skulle tillkomma de barnaföderskor, för vilka eller för vilkas män taxering ej skett eller det beskattningsbara beloppet understiger 300 kronor.

III. Angående åtgärder för beredande av ekonomiskt understöd åt barnaföderskor.

A. Moderskapsunderstöd.

De sakkunniga. Enligt de sakkunniga skulle moderskapsunderstödet avse att till större eller mindre del täcka de särskilda kostnader, barnsbörden i regel medför. Till dylika kostnader hava räknats 1) arvode åt barnmorskan för biträde vid förlossningen och skötsel under barnsängstiden, 2) ersättning för skjutskostnad för barnmorska, 3) utlägg för extra linne- och annan utrustning åt barnaföderskan samt utgifter för småkläder och sängutrustning åt barnet, 4) eventuell hjälp för hemmets skötsel under barnsängstiden, samt 5) utgifter för den föregående och efterföljande moderskapsvården. De sakkunniga framhålla dessutom, att det icke torde vara obefogat att ifråga om de förvärvsarbetande barnaföderskorna anse understödet i viss mån utgöra ersättning för mistad inkomst, under den tid, vanligen ungefär 3 veckor, de till följd av barnsbörden äro förhindrade förrätta sitt arbete. Moderskapsunderstödet vore avsett att utgå med ett för alla mindre bemedlade barnaföderskor lika belopp och enligt de sakkunnigas förslag med 50 kronor, uppdelat i »förlossningspenning» och »barnsängspenning», vardera à 25 kronor. Den förra skulle vid ansökan utbetalas omedelbart efter barnsbörden, den senare tidigast 2 veckor efter förlossningen. I bägge fallen skulle erfordras intyg av barnmorska, varjämte i senare fallet jämväl skulle intygas av denna, »att barnaföderskan efter förlossningen iakttagit, vad som skäligen kan påfordras i avseende å hennes egen och barnets vård». Moderskapsunderstödet skulle utbetalas genom barnavårdsnämnden i den kommun, barnsbörden skett. Kommunen ägde återfå $\frac{4}{5}$ av staten och vore själv skyldig utgiva den återstående $\frac{1}{5}$, även om barnaföderskan endast tillfälligt vistades inom kommunen ifråga.

Medicinalstyrelsen. Medicinalstyrelsens förslag lägger tyngdpunkten av moderskapsskyddet på naturaprestationerna. Dessa böra i främsta rummet tillgodoses. Styrelsen bifogar sitt yttrande en p. m. med uppgifter på beräknade statsbidrag till dessa naturaprestationer. Det ligger i sakens natur, att i denna frågas nuvarande läge dessa beräkningar äro endast approximativa. Det må ock erinras om att tillgodoseendet av ett ökat antal vårdplatser för barnsbörd jämväl kommer att orsaka det allmänna stora kostnader. Det torde ock vara befogat att beräkna en stegring i kostnaderna för naturaprestationerna i den mån moderskapsvården växer ut och större krav på deras effektivitet uppstå.

Under sådana förhållanden uppställer sig den frågan om icke kloket och försiktighet bjöde att tills dess nödig erfarenhet om utgifterna för denna vård i naturaprestationer vunnits, det med åtgärder för kontant moderskapsunderstöd finge anstå. Styrelsen har så mycket större skäl att framhålla detta, som styrelsen vill för sin del föreslå, att ersättning för mistad arbetsförtjänst, för vilken styrelsen finner starka principiella skäl tala beträffande dem, som enligt

gällande lag äro förbjudna att utföra yrkesarbete under viss tid efter förlösningen, måtte komma flera tillgodo än det föreliggande lagförslaget avser. Styrelsen återkommer härtill nedan.

Skulle emellertid medel komma att ställas till förfogande jämväl för kontanta moderskapsunderstöd, vore detta förvisso en fördel, enär det icke kan råda tvekel om att en mycket stor del av dem, som enligt föreliggande betänkande skulle komma i åtnjutande av moderskapsunderstöd äro i stort behov av kontant sådant. Medicinalstyrelsen, som ser detta ärende i första hand såsom en socialhygienisk angelägenhet, ställer sig emellertid minst sagt *mycket tveksam* inför förslaget om fixerade kontanta bidrag.

De synpunkter styrelsen har att företräda skulle otvivelaktigt i högre grad främjas, om dessa bidrag finge utdelas efter behovsprincipen och med hänsyn till den stora önskvärdheten av att i ömmande fall genom individualisering kunna bereda bättre vård, då en tillfällig hjälp synes vara en nödvändig förutsättning härför. På så sätt torde även s. k. amningspremier i därför lämpade fall möjliggöras. Styrelsen vill därför livligt förorda, att om medel kunna ställas till förfogande för kontanta understöd, frågan om bidrag enligt behovsprincipen toges upp till ingående omprövning. Dessa bidrag borde i så fall utgå genom barnavårdscentralerna till dem, som därav kunde befinnas vara i behov och förtjänta. På så sätt finge de icke karaktär av fattigvårdsbidrag.

Styrelsen vill erinra om, att bidrag med prövning efter behovsprincipen utdelas från tuberkulosdispensärer och styrelsen har icke förspott annat än att detta förfarande där fungerat i stort sett tillfredsställande. Personalen vid dessa dispensärer har visat sig äga goda möjligheter att förskaffa sig en ingående kännedom om dem som anlita dispensärerna. Även om klientelet på en del av barnavårdsbyråerna kan förväntas bli större än vid dispensärerna torde de ökade svårigheter detta betingar kunna till ringa grad utjämnas genom det samarbete med respektive barnavårdsnämnder, styrelsen förutsätter skall komma till stånd.

Om bidrag efter behovsprincipen vinner beaktande, borde detta utgå till de olika ortscentralerna beräknat efter det antal barn, som därstädes vårdades, åtminstone intill dess erfarenhet vunnits, om andra grunder för fördelningen vore lämpligare. Det kan väl tänkas, att för vissa trakter t. ex. det övre Norrland, där befolkningens ekonomiska bärkraft inom vissa områden är mycket ringa, en viss ökning av de kontanta understödsbeloppen borde ifrågakomma och att även hänsyn borde tagas till dyrortsgrupperingen.

B. Ersättning åt vissa barnaföderskor för mistad arbetsförtjänst.

De sakkunniga. De sakkunniga framhålla, att det i lagen om arbetarskydd den 29 juni 1912 stadgade förbudet mot användande av kvinnor till visst industriellt arbete under viss tid efter barnsörden, med nödvändighet medför skyldighet från statens sida att lämna kvinnan ersättning för åtminstone en del av den mistade arbetsförtjänsten. Sakkunniga anse därvid, att den penninghjälp, staten med hänsyn till nämnda lagstiftning angående barnsängsledighet kan anses böra lämna industriarbeterskan-barnaföderskan, bör begränsas till ersättning under en tidrymd av tre veckor, och bör ersättningen utgå med $\frac{2}{3}$ av arbetsförtjänsten.

Av lagförslaget om ersättning för mistad arbetsförtjänst framgår, att rätt till arbetsförtjänstersättning tillkommer allenast sådan barnaföderska, som under sammanlagt minst fem månader av det halvår, vilket närmast föregått barns-

börden, använts i arbete, som avses i § 15 lagen om arbetarskydd. Arbetsförtjänsten är avsedd att utgå för tiden från och med fjärde till och med den sjätte veckan efter barnsbörden. Barnavårdsnämnden skall tillhandahålla — i likhet med moderskapsunderstödet — arbetsförtjänstersättningen, beräkna och bestämma dess storlek. Nämnden äger hos länsstyrelsen bekomma gottgörelse av statsmedel för sålunda utbetald arbetsförtjänstersättning. Barnavårdsnämnd skulle kunna träffa avtal med sjukkasse om ersättningens tillhandahållande.

Medicinalstyrelsen. De sakkunnigas förslag att arbetsförtjänstersättningen endast skulle utgå till industriarbeterskor kan medicinalstyrelsen icke biträda. Det finnes ett stort antal kvinnor, såsom kontors- och affärsanställda, hembiträden m. fl., vilka också måste avstå från arbete och inkomst i samband med förlossning. Till nämnda kategorier hörande torde i många fall vara lägre avlönade än industriarbeterskor och det oaktat hava längre arbetstid, varjämte deras arbete, i varje fall vad avser jordbruket, är minst lika ansträngande som för vilken som helst grupp av industriarbeterskor. Det förhållandet, att industriarbeterskan-barnaföderskan till följd av stadgandet i 19 § första stycket av arbetarskyddslagen är förhindrad arbeta under viss tid och på denna grund kan anses vara berättigad till ifrågavarande ersättning, borde icke tagits till intäkt för att endast föreslå dessa till erhållande av ersättning. Tvärtom borde med hänsyn till de principer, de sakkunniga följt vid förslaget av tilldelande av moderskapshjälp, det varit en ofrånkomlig konsekvens att jämväl tillförsäkra andra obemedlade och mindre bemedlade arbetsanställda kvinnor ersättning för mistad arbetsförtjänst i samband med barnsbörd. Den utländska lagstiftningen på hithörande område synes också tagit hänsyn härtill. I det av Internationella Arbetskonferensen år 1919 i Washington antagna förslaget till konvention angående kvinnors användande till arbete före och efter barnsbörd stadgades att barnaföderska, anställd inom industri, byggnadsverksamhet, samfärdsel eller handel, skulle åtnjuta understöd av allmänna medel sex veckor efter barnsbörden. De europeiska stater, som genomfört lagstiftning med ifrågavarande konvention som mönster, ha i större eller mindre grad tagit hänsyn till berörda spörsmål, därvid dock allmän försäkringsplikt samtidigt införts. Sålunda avser ifrågavarande lag i Spanien kvinnliga arbetare inom, förutom industri och handel, även jordbruk, hemarbete och i enskild och allmän tjänst anställda. I Norge äro t. ex. hembiträden och kvinnliga arbetare, vilka bo hos arbetsgivaren, numera underkastade försäkringsplikt. Det framstår därför som ett önskemål, att tilldelande av arbetsförtjänstersättning i vårt land kunde utsträckas att jämväl omfatta de barnaföderskor, som äro anställda i handel och jordbruk samt såsom hembiträden m. fl.

I och med styrelsens förslag att delvis eller helt frångå det kontanta moderskapsunderstödet, kan det synas konsekvent att tillerkänna dem, som på grund av ifrågavarande lagbestämmelser kunna bli avstängda från förvärvsarbete, som de innehaft före förlossningen, ersättning för mistad arbetsförtjänst under hela den tid lagföreskriften avser. Härtill vill emellertid styrelsen anföra, att ett förverkligande av medicinalstyrelsens förslag befriar modern från vissa kostnader, som enligt betänkandet hade varit förknippade med såväl barnsbörden som för- och eftervården, samt att en ökad upplysning kan förväntas småningsom övertyga den övervägande majoriteten av nyblivna mödrar om vikten av avhållsamhet från arbete under åtminstone de första två veckorna efter barnsbörden, så att de oavsett lagförbud uteslutande av hänsyn till sin hälsa och till

omvårdnaden av sitt späda barn avstode från arbete. Under sådana förhållanden skulle det under dessa första veckor bliva även från barnaföderskans egen synpunkt ett hälsovårdskrav och icke ett lagtvång, som ålade dem avhållsamhet från yrkesarbete. Annorlunda kommer förvisso arbetsförbudet att uppfattas av en stor del yrkesarbeterskor längre fram efter barnsbörden vid en tidpunkt, då kroppskrafterna börjat återkomma och de nyblivna mödrarna rätt allmänt återtaga sina dagliga husliga sysslor. Med hänsyn till vad nu anförts vill medicinalstyrelsen uttala sig för att ersättning för mistad arbetsförtjänst finge utgå under 4 veckor från och med tredje veckan efter barnsbörden.

Helt visst förekommer icke sällan fall, där den väntande modern är arbetsoförmögen eller där ett eventuellt förefintligt sjukdomstillstånd hos henne gör det önskvärt, att hon avhåller sig från förvärsarbete tiden närmast före förlossningen. Det vore i överensstämmelse med de principer, vilka såväl de sakkunniga som medicinalstyrelsen företrätt, att i dylika ömmande fall vård kunde lämnas antingen i form av avgiftsfri eller mycket billig vistelse å lämplig vårdanstalt eller understöd kunde komma henne till del. Styrelsen är tveksam om detta skulle få formen av ersättning för mistad arbetsförtjänst eller om det icke borde kunna få utgå av ett eventuellt statsbidrag till kontant moderskapsunderstöd med tillämpning av behovsprincipen. Det senare alternativet motsvarade bäst styrelsens intentioner. Givetvis skulle dessa förmåner utgå endast i de fall, där läkare styrkt vårdbehovet, och en viss begränsning av sammanlagda vårdtiden fastställas t. ex. högst 6 veckor för dem som åtnjöte ersättning för mistad arbetsförtjänst.

Skulle sjukkassa icke anses lämpad att omhänderhava utbetalning av ifrågasvarande ersättning, vill styrelsen ifrågasätta om icke Riksförsäkringsanstalten kunde anses lämplig att ombesörja utbetalande av ersättningar för mistad arbetsförtjänst, då det här torde genomgående avse personer, som enligt gällande lag skola vara försäkrade mot olycksfall i arbete.

Skulle denna del av moderskapsskyddet kunna lösas genom sjukförsäkringen, något som det torde tillkomma annan myndighet att bedöma, har medicinalstyrelsen intet däremot att erinra.

Nu anförda spörsmål rörande en vidgad tilldelning av ersättning för mistad arbetsförtjänst bör upptagas till behandling i samband med en förnyad utredning i vilken utsträckning moderskapsskyddet bör utbyggas efter principen »naturaprestationer» eller kontantunderstöd och lösas i sammanhang med denna.

Moderskapsskyddets målsmän inom centralförvaltningen.

De sakkunniga. Under framhållande av att barnmorskorna skulle få mycket att göra med genomförandet och tillämpningen av sakkunnigas förslag och att även tjänsteläkarens medverkan skulle därför i viss mån erfordras, erinra de sakkunniga om, att det skulle jämväl krävas en central initiativtagande och kontrollerande ledning och att denna ej synes kunna förläggas till annan myndighet än medicinalstyrelsen. De sakkunniga omnämna även vissa uppgifter, som direkt skulle påvila detta ämbetsverk såsom utgivande av upplysningslitteratur och fastställande av blanketter. De sakkunniga förmena, att arbetsuppgifterna i frågan skulle bliva så betydande, att därför skulle erfordras en särskild föredragande, vilken dock möjligen icke skulle behöva helt ägna sig åt här ifrågasvarande tjänst.

Medicinalstyrelsen. Medicinalstyrelsen delar, såsom redan ovan anförts, de sakkunnigas mening, att den centrala ledningen bör påvila medicinalstyrelsen och att härför erfordras såväl initiativ som kontroll från styrelsens sida. Det största arbetet kan förväntas komma på den del av moderskapsvården, som faller under barnavården. Styrelsen har redan i syfte att bättre kunna fylla sina uppgifter beträffande denna vård fått sitt vetenskapliga råd kompletterat med en representant för ämnet pediatrik och barnavård. Det vore icke blott för moderskapsvården utan jämväl för andra barnavårdsfrågor av stor betydelse, om denne medlem av styrelsens vetenskapliga råd bleve i likhet med styrelsens representant för rättsmedicin tillerkänd ett arvode av 2 000 kronor jämte ersättning för handläggning och utredning av ärenden enligt de grunder, som gälla för medlemmar av vetenskapligt råd med fasta arvoden. Styrelsen har för avsikt att härom göra hemställan hos Eders Kungl. Maj:t i samband med sina petita för nästkommande budgetår. Längre anser sig styrelsen icke böra gå, innan större erfarenhet vunnits.

Styrelsen har redan ovan tillmätt upplysningsverksamheten stor betydelse. Någon som helst anledning att icke omedelbart taga sig an denna viktiga fråga kan icke föreligga. Genom styrelsens försorg har medlemmen av styrelsens vetenskapliga råd, medicine doktorn H. Ernberg redan omarbetat en av honom tidigare utgiven skrift rörande späda barns vård, vilken rönt en mycket stor efterfrågan och väl fyllt sitt ändamål.

Styrelsen har för avsikt att snarast verkställa en granskning av de populärskrifter och flygblad, som i övrigt kunna finnas, på detta område och vidtaga de mått och steg vartill denna granskning kan föranleda såväl beträffande behövligheten av nya sådana som vidkommande deras spridning. Styrelsen vill ock träda i förbindelse med skolöverstyrelsen för att med den överlägga om det kan vara lämpligt att genom undervisning i lärarinneseminarier och högre fortsättningsskolor sprida kunskap om moderskapsvård.

Enär styrelsens yttrande går ut på en omarbetning av det nu föreliggande förslaget, har styrelsen icke ingått på någon detaljgranskning av de förslag till författningsbestämmelser och lagstadganden betänkandet inrymmer.

Att styrelsen inom kort inkommer till Eders Kungl. Maj:t med förslag till stadga för förlossnings- och barnhem är ovan antytt.

Det utkast till en organisationsplan, som styrelsen härovan framlagt skiljer sig ehuru icke grundväsentligt så dock i så avsevärd grad från de sakkunnigas, att ett beaktande av styrelsens förslag självfallet måste medföra en omfattande omarbetning av de sakkunnigas förslag i snart sagt alla dess olika delar. Det finnes för styrelsen för övrigt flera skäl att, huru önskvärt det än vore att snarast kunna få till stånd ett förbättrat moderskapskydd, dock föreslå en tidsfrist med en lagstiftning i ärendet, till dess statens sjukvårdssakkunniga hunnit framlägga sitt betänkande eller åtminstone till dess yttrande från dess sida kan föreligga om utbyggande av anstaltsvården vid barnsbörd. Detta så mycket mera som denna kommitté jämväl har att taga under omprövning frågan om kostnadens fördelning på stat, landsting och kommun, spörsmål, vilka även torde falla inom en annan av Eders Kungl. Maj:t tillsatt kommittés utredning.

Emellertid anser styrelsen att den tidsfrist, som styrelsen sålunda anser sig nödsakad föreslå, måtte kunna utnyttjas för att vinna erfarenhet om vissa

organisationsfrågor rörande för- och eftervård. Styrelsen vill därför hemställa, att styrelsen finge i uppdrag att till Eders Kungl. Maj:t inkomma med förslag till försöksverksamhet beträffande denna vård inom minst tvenne områden inom riket. Även om de erfarenheter, som härigenom kunna vinnas, endast bliva mycket begränsade kunna de dock bliva av stort värde i flera avseenden. Försöksverksamhet borde därför igångsättas i sådana distrikt, i vilka förebyggande vård av ifrågavarande art icke alls förekommer och i vilka en organisation enligt styrelsens förmenande bör tillämpas, om vilken vi icke vunnit någon erfarenhet hittills. Styrelsen är beredd att om denna styrelsens hemställan skulle vinna Eders Kungl. Maj:ts bifall inkomma med detaljerat förslag till denna försöksverksamhets ordnande.

I handläggningen av detta ärende hava, förutom undertecknade, deltagit professorerna Emil Bovin, Hj. Forssner, överläkaren H. Ernberg, medicinalrådet E. Edén samt t. f. byråchefen J. Byttner.

Underdånigst

Nils Hellström.

Nils Wranne.

A. E. Bastman.

Stockholm den 20 juni 1930.

P. M.

angående kostnaden för moderskapsskyddet enligt medicinalstyrelsens förslag oavsett kontant moderskapsunderstöd och ersättning för mistad arbetsförtjänst.

1. *Föregående och efterföljande moderskapsvård.* Statsbidrag med 2 kronor per utförd undersökning. 3 stycken för moderskapsvård och 5 stycken för spädbarnsvård alltså högst 16 kronor. Praktiskt taget räknas med att besöken icke bliva flera än 6 d. v. s. ett statsbidrag å 12 kronor per moder med barn. Maximum statsutgift för 80 000 mödrar blir då 960 000 kronor. Styrelsen anser att man till en början kan räkna med en årsutgift härför å högst 500 000 kronor 500 000 kronor
 - Löneförhöjning åt distriktsbarnmorska med 100 kronor anses böra falla å kommunen.
 2. *Kostnaderna för upplysningsverksamhet* torde böra beräknas till 25 000 kronor om året 25 000 kronor
 3. *För biträde vid här avsedd förlossning* och för *eftervård* under barnsängstiden har föreslagits ersättning till barnmorska med 10 kronor för förlossningsbiträdet och 2 kronor per besök eller tillhoppa högst 15 kronor. Motsvarande ersättning skulle utgå till förlossningsanstalt mot det att kvinnan erlägger en vårdavgift av högst 1 krona för dag för de första 10 dagarna och högst 2 kronor 50 öre per dag för överskjutande vård dagar. Man kan sålunda räkna med 15 kronor i statsbidrag för cirka 71 000 mödrar 1 065 000 kronor
- Härtill kommer omkring 2 000 fall, där både hemvård och anstaltsvård förekommit, en ersättning av endast 5 kronor till barnmorskan 10 000 kronor
- 1 600 000 kronor

5. Med hänsyn till de statsbidrag, som ovan föreslagits, behöva icke några kostnader beräknas för *intyg m. m.* Distriktsbarnmorskan får alltså skyldighet att lämna alla erforderliga intyg kostnadsfritt. *Undersökningsbesked* och *förlossningssedel* hava av styrelsen ansetts onödiga.
6. Kostnaden för *blanketter m. m.* blir även väsentligt mindre än förut beräknats. I stället för 560 000 blanketter torde man kunna räkna med 200 000 blanketter. 7 500 kronor blir säkerligen tillfyllest per år

7 500 kronor
1 607 500 kronor.

Bil. 2.

Sammanställning av till Medicinalstyrelsen inkomna redogörelser för den under tiden 1 oktober 1931–30 juni 1933 anordnade försöksverksamheten beträffande för- och eftervård vid barnsbörd.

Verksamheten har varit förlagd till följande områden

Lidköpingsområdet, omfattande Lidköpings stad och provinsialläkardistrikt
Hälsingborgsområdet, omfattande Hälsingborgs stad och provinsialläkardistrikt

Harads provinsialläkardistrikt

Råneå provinsialläkardistrikt

Jokkmokks provinsialläkardistrikt

Pajala provinsialläkardistrikt

Mörtfors' provinsialläkardistrikt.

1. Mottagningslokaler.

Lidköpingsområdet. Förhyrd lokal bestående av väntrum, mottagningsrum och expedition samt bostadsrum för sköterska. Inventarier anskaffade av Medicinalstyrelsen.

Hälsingborgsområdet. »Förvården» har varit anordnad å barnbördshusets poliklinik och »eftervården» dels i av föreningen Mjölkdroppen gratis tillhandahållna 4 st. lokaler och dels å tre platser inom Hälsingborgs provinsialläkardistrikt, där kommunerna likaledes kostnadsfritt ställt lokaler till förfogande.

Harads, Råneå, Jokkmokks, Pajala och Mörtfors' provinsialläkardistrikt. Mottagningslokaler hava varit provinsialläkarnas vanliga, såväl å stationsorterna som å andra orter, där mottagningar anordnats regelbundet eller tillfälligt.

2. Personal.

Lidköpingsområdet. Läkare: Maja Kjellin. 1 sköterska.

Hälsingborgsområdet. »Förvården.» Läkare: E. Jerlov. 1 polikliniksköterska. »Eftervården.» Läkare: D. Lindsjö med biträde av O. Wistrand och föreståndarinnan för »Mjölkdroppen» samt 1 sköterska.

Harads provinsialläkardistrikt. Läkare: Knut Torp, 1 barnmorska, 1 dispensärsköterska, 1 distriktssköterska samt tillfälligt biträde av 2 barnmorskor.

Råneå provinsialläkardistrikt. Läkare: $\frac{1}{10}$ — $\frac{31}{12}$ 31 A. Reimar, $\frac{1}{1}$ — $\frac{31}{5}$ 32 T. Funck, $\frac{1}{6}$ — $\frac{31}{7}$ 32 G. Arrhenius, $\frac{1}{8}$ 32— $\frac{30}{6}$ 33 I. Rösmark, 3 sköterskor, 2 barnmorskor samt därjämte under olika tider ett antal barnmorskor.

Jokkmokks provinsialläkardistrikt. Läkare: H. Thulin, 1 barnmorska, 1 dispensärsköterska, 1 distriktssköterska.

Pajala provinsialläkardistrikt. Läkare: $\frac{1}{10}$ 31— $\frac{31}{7}$ 32 E. A. Johnell, $\frac{1}{8}$ — $\frac{31}{10}$ 32 B. Silfverswärd, $\frac{1}{11}$ 32— $\frac{30}{6}$ 33 O. Domeij. 1 dispensärsköterska, 2 distriktsköterskor samt tillfälligt 3 barnmorskor.

Mörtfors' provinsialläkardistrikt. Läkare: Verner Magnusson, 9 (tidvis 10) distriktssköterskor, 1 dispensärsköterska, 1 brukssköterska.

3. Mottagningstider och sättet för desammas kungörande.

Lidköpingsdistriktet. 1 timme tre dagar i veckan. Kungörande genom tidningsannonser och anslag å samlingsplatser.

Hälsingborgsdistriktet. »Förvården»: 1 timme två dagar i veckan. »Eftervården»: 4 eftermiddagar i veckan samt dessutom från $\frac{1}{2}$ 32 tre gånger i månaden »i omnejden».

För att inom Hälsingborg och kringliggande landsbygd sprida kännedom om försöksverksamheten, dess mål och medel inbjödos i oktober månad 1931 föreståndarinnan för barnavårdsbyrån i Hälsingborg samtliga distriktssköterskor och barnmorskor inom försöksområdet till ett sammanträde å Barnavårdscentralen, Karl Krooksgatan 60. Provinsialläkaren d:r S. Köhler åtog sig därvid villigt att sammankalla i provinsialläkardistriktet arbetande sköterskor och barnmorskor. Vid sammanträdet höllö ledarna för för- och eftervården, d:r Jerlov och undertecknad var sitt orienterande föredrag, och uppmnade de närvarande att i görligaste mån söka stödja verksamheten. Till samtliga utdelades Kungl. Medicinalstyrelsens »Meddelande angående moderskaps- och barnavård». Samtidigt informerades pressen, som välvilligt intog diverse artiklar om den berramade verksamheten. För landsbygdens vidkommände bedrevs propagandan sålunda att i kyrkorna upplästes efter gudstjänsten tillkännagivande om verksamheten med uppgift om tider, lokaler etc. Vidare uppsattes i butiker och försäljningsställen, å kommunalhusens anslagstavlor samt vid vägkorsningar etc. anslag vars lydelse framgår av bifogade exemplar.

Inom Hälsingborg har sedan år 1929 praktiserats följande anordning att söka förmå mödrarna att med sina spädbarn komma under Barnavårdscentralens övervakning. Från pastorsexpeditionen erhållas uppgifter om anmälda födelser, varefter de nyblivna mödrarna erhålla per post en tryckt anmaning att låta inskriva barnen i Barnavårdscentralen. Dylaka »lappar» utdelas även å barnbörds-huset till därstädes förlösta mödrar. Genom överenskommelse med Barnavårds-nämnden hänvisas alla fosterbarn i spädbarnsåldern till Barnavårdscentralen. Samma system har även fortsatts under den tid försöksverksamheten pågått. De första månaderna av försöksverksamheten infördes även periodiskt återkommande annonser rörande densamma i ortstidningarna.

Harads provinsialläkardistrikt. Provinsialläkarens ordinarie mottagningstider. Kungörande genom tidningsannonser och utdelande av flygblad

Råneå provinsialläkardistrikt. Provinsialläkarens ordinarie mottagningstider å läkarstationen och två andra platser.

Artiklar angående verksamheten ha varit införda i pressen. Annonser endast en gång.

Jokkmokks provinsialläkardistrikt. Provinsialläkarens vanliga mottagningstider samt dessutom en gång i veckan. Kungörande genom »press och anslag».

Pajala provinsialläkardistrikt. Provinsialläkarens vanliga mottagningstider samt dessutom mottagning vid tjänsteresor och tillfälligt i samband med andra resor. Kungörande genom annonser samt anslag i byar, som besökts under resor.

Mörtfors' provinsialläkardistrikt. Provinsialläkarens vanliga mottagningstider samt dessutom 1 å 2 gånger i månaden å 8 olika platser inom distriktet. Kungörande genom utdelande av skrifter, annonsering och »upplysning i bygderna».

4. Sättet för verksamhetens bedrivande.

Lidköpingsdistriktet. De i distriktet boende distrikts- och dispensärsköterskorna samt barnmorskorna ha i stor utsträckning använts som förmedlare för verksamheten och flitigt hänvisat sitt klientel till byrån. Däremot ha de ej, på grund av de stora möjligheter som finnas att bekvämt nå distriktets olika delar, behövt anlitas *direkt* som sjukvårdande eller som kontrollörer av verksamheten, annat än undantagsvis. Sköterskan har ständigt själv medhunnit även denna del av arbetet och patienterna ha oftast bekvämare att få t. ex. ett urinprov insänt till staden direkt än till en kanske avlägset boende barnmorska, och har det visat sig att de nästan alltid föredragit att stå i *direkt* kontakt med byrån, en sak som mycket väl kan ordnas i ett så bekvämt distrikt.

Sköterskan har varje månad från resp. pastorsämbeten inhämtat uppgift om alla nyfödda barn i distriktet och inom närmaste tiden besökt de flesta av dessa hem samt lämnat meddelande om verksamheten och utdelat den Bovin-Ernbergska skriften. De hem där modern tidigare besökt byrån hava efter förlösningen uppsökts endast på kallelse. Genom barnmorskorna har man att få mödrarna att redan tidigt under graviditeten besöka byrån och hava distriktets barnmorskor och stadens lasarett livligt begagnat sig av byrån. Dessutom har sköterskan ofta kallats av präster, fattigvårds- och kommunalordf. m. m.

Hälsingborgsdistriktet. »Förvården.» Undersökningarna ha skett å Hälsingborgs stads barnbördshus vanliga poliklinik och under iakttagande av de där tillämpade principer i alla hänseenden.

Den vanliga registreringen har följts, varvid dock poliklinikkorten utmärkts på särskilt sätt. I varje fall har noggrann anamnes upptagits och undersökningen har omfattat temperatur, puls, hämoglobin, inre organ, ett nervstatus (grovt), urinundersökningar samt slutligen de spec. undersökningarna.

Ordinationerna ha omfattat:

1) plan för de profylaktiska urinundersökningarna (vilka i många fall fortsättningsvis skett å vederbörande patients hemtrakt av sköterska resp. barnmorska);

2) noggranna dietföreskrifter i profylaktiskt syfte mot njurkomplikationer, därvid har speciellt patientens behov av järnhaltiga och vitaminrika födoämnen tillgodosetts samt tillämpats en redan från början inskränkt tillförsel av NaCl- och N-haltiga födoämnen.

Tryckta föreskrifter beträffande avföringens reglerande, föreskrifter om motion i det fria etc. ha meddelats.

Särskild uppmärksamhet har ägnats frågan om Hb-halten.

»Eftervården.» Verksamheten har bedrivits på det sätt som numera är vedertaget för barnavårdscentraler, d. v. s. mödrarna komma med sina barn till barnavårdscentralens mottagningar där barnen inskrivas och vägas, varefter läkaren gör en undersökning och meddelar råd och föreskrifter. Samtliga uppgifter införas å en särskild journalblankett. Modern erhåller ett särskilt kort, varå antecknas datum, barnets vikt vid undersökningstillfället och den ordinerade uppfödningen. Erforderliga komjölksblandningar utskrivs å särskilda tryckta blanketter och vid den lämpliga tiden för begynnande med blandad kost, i regel vid 6 månaders ålder, utlämnas »Exempel på matsedel för barn efter 6 månaders ålder». Dessutom utdelas till samtliga mödrar en upplysningsskrift såsom den Bovin- Ernbergska »Moder och Barn» eller Röda korsets »Allt för barnet». Dessutom erhålla mödrarna »Hur engelska sjukan kan förebyggas» av professor I. Jundell, och, om barnet är för tidigt fött, prof. Lichtensteins »Om för tidigt födda barn och deras vård». I förebyggande syfte ordinerar fiskleverolja och C-vitaminhaltig fruktsaft åt alla barn från 2—3 månaders ålder under tiden oktober—maj. För tidigt födda barn erhålla i regel järnpreparat från 3 månaders ålder. Någon egentlig sjukvårdande verksamhet bedrivs för övrigt icke. Endast för behandling av smärre åkommor såsom hudaffektioner, lindrigare näringsrubbnings etc. ges råd och anvisningar vid mottagningarna. Förekommer allvarligare sjukdom hos ett barn, remitteras det till läkare eller sjukhus.

Den icke minst viktiga delen av verksamheten har utgjort sköterskans besök i hemmen. Härvid har hon icke blott övervakat, att läkarens föreskrifter efterföljts, utan även meddelat råd och anvisningar om barnets övriga skötsel och vård. Dessutom har hon fått en ingående kännedom om hemmens hygieniska och sociala struktur och därigenom blivit i stånd att lämna värdefulla upplysningar ej mindre till Barnavårdscentralens läkare än även till sociala hjälpinstitutioner och barnavårdsnämnder. Särskilt då det gällt hem åt fosterbarn torde hennes vid hembesöken förvärvade erfarenheter hava varit av mycket stort värde.

Harads provinsialläkardistrikt. Förutom å provinsialläkarens mottagning hava mödrar och barn undersökts vid en del av läkarens resor i distriktet. Sköterskorna och barnmorskorna hava besökt mödrar och barn vid sina tjänsteresor. Några särskilda resor för verksamheten hava alltså ej företagits. Sköterskornas och barnmorskornas verksamhet har huvudsakligen bestått i urinkontroll av mödrarna och viktkontroll av barnen samt i lämnandet av råd och upplysningar. »Mor och barn» har lämnats till samtliga sökande.

Råneå provinsialläkardistrikt. Den blivande modern har infunnit sig hos läkaren eller hos barnmorskan, som, om hon funnit något misstänkt, väl i allmänhet bett patienten vända sig till läkaren. Ofta ha urinprov skickats till läkaren eller barnmorskan, särskilt från avlägset boende patienter. Modern har fått ett exemplar av boken »Mor och barn» samt av bladet »Meddelande angående Moderskaps- och barnavård».

Jokkmokks provinsialläkardistrikt. I den mån som arbetet blivit mera känt hava mödrarna allt mer självmant infunnit sig till mottagningarna såväl före som efter förlossningarna.

De blivande mödrarna hava i allmänhet om möjligt undersökts 2 gånger före förlossningen och urinprov hava dessutom kontrollerats ett flertal gånger av personalen.

Pajala provinsialläkardistrikt. För att sprida kännedom om försöksverksamheten har annonserats i Haparandabladet. Medicinalstyrelsens flygblad har utdelats till samtliga sköterskor, barnmorskor, präster och kommunala myndigheter för att utspridas bland befolkningen. Även till en del lärare har flygblad sänts för utdelning. Dessutom har läkaren själv vid resor inom distriktet utdelat dessa flygblad och genom samtal med befolkningen spritt upplysning om verksamheten. Verksamheten har här fått sin speciella karaktär beroende på de stora avstånden. Den har i regel tillgått så att sköterskorna, som tämligen regelbundet för dispensärvård besökt de flesta byar, därstädes sökt upp mödrar och barn och lämnat de föreskrifter, som varit erforderliga. På läkarens ordinarie mottagningsrum ha vanligtvis endast infunnit sig patienter från den närmaste trakten och endast undantagsvis patienter från mera avlägsna byar. I de byar, som besökts av läkaren, ha de, som beröras av verksamheten, allmänt brukat infinna sig på mottagningarna, men i andra avlägsna byar har endast sköterskan haft tillfälle att se barnen. Det är ju ej heller att undra på att föräldrarna med den arbetslöshet och fattigdom, som är rådande här, dragit sig för de utgifter, som äro förenade med de långa och dyrbara resorna. Inom Junosuando och Muonionalusta församlingar, där de flesta byar besökas regelbundet, har därför verksamheten varit betydligt livligare än inom Pajala församling, där endast ett par byar besökas regelbundet, men många andra stora byar finnas på flera mils avstånd från läkarestationen.

Mörtfors' provinsialläkardistrikt. Verksamheten har huvudsakligen bestått i undersökning å läkarens mottagning eller hos barnmorskorna. Läkaren har i ett föredrag hos länets barnavårdsförbund, som bifogats rapporten, lämnat en redogörelse för verksamheten.

5. Totala antalet mödrar och barn.

D i s t r i k t	M ö d r a r			B a r n		
	1931	1932	1933	1931	1932	1933
Lidköpingsdistriktet	56	211	123	48	419	133
Hälsingborgsdistriktet	140	312	173	52	402	192
Harads prov.läkardistrikt	30	73	40	30	129	66
Råneå »	21	48	31	53	146	31
Jokkmokks »	42	119	60	44	104	79
Pajala »	32	88	58	41	172	131
Mörtfors' »	34	103	61	95	179	89
Summa	355	954	546	372	1 551	721

6. Antal besök å mottagning och hembesök.

1931.	M ö d r a r				B a r n			
	M	S			M	S		
		Lk	Sk	Bk		Lk	Sk	Bk
Lidköpingsdistriktet	151	—	132	—	95	—	117	—
Hälsingborgsdistriktet	186	—	—	—	479	—	617	—
Harads prov.läkardistrikt	12	—	9	7	—	2	29	16
Råneå »	23	—	—	17	1	—	43	29
Jokkmokks' »	19	11	40	2	12	13	30	—
Pajala »	20	—	19	9	22	1	39	—
Mörtfors' »	25	2	1	53	17	18	100	—
Summa	436	13	201	88	626	34	975	45
1932.								
Lidköpingsdistriktet	763	—	228	—	910	—	739	—
Hälsingborgsdistriktet	671	—	—	—	3 152	—	2 749	—
Harads prov.läkardistrikt	56	3	30	34	14	7	92	92
Råneå »	71	2	—	68	48	10	324	27
Jokkmokks »	116	8	78	100	91	38	601	—
Pajala »	85	—	23	50	173	5	576	—
Mörtfors' »	101	15	6	200	72	43	596	—
Summa	1 863	28	365	452	4 460	103	5 677	119
1933.								
Lidköpingsdistriktet	479	—	145	—	529	—	521	—
Hälsingborgsdistriktet	375	—	—	—	1 559	—	15 79	—
Harads prov.läkardistrikt	33	2	15	25	7	6	63	44
Råneå »	56	2	—	49	23	22	107	6
Jokkmokks »	51	1	33	57	36	11	257	—
Pajala »	49	2	2	47	134	6	280	—
Mörtfors' »	76	9	—	89	35	32	388	—
Summa	1 119	16	195	267	2 323	77	3 195	50

M = mottagning, S = hembesök, Lk = läkare, Sk = distriktssköterska, respektive annan sköterska, Bk = barnmorska.

7. Förvård för mödrar.

	Antal inskrivna	Därav ogifta	Förstfö- derskor	Omföder- skor	Antal fall av olika sjukdoms- symtom
1931.					
Lidköpingsdistriktet	56	5	26	30	20
Hälsingborgsdistriktet	140	25	73	67	62
Harads prov.läkardistrikt	23	3	5	18	2
Råneå »	21	—	10	11	12
Jokkmokks »	40	12	14	26	7
Pajala »	32	2	2	30	9
Mörtfors' »	34	4	8	26	5
Summa	346	51	138	208	117
1932.					
Lidköpingsdistriktet	211	23	98	113	103
Hälsingborgsdistriktet	312	71	169	143	163
Harads prov.läkardistrikt	63	9	19	44	4
Råneå »	48	7	23	25	27
Jokkmokks »	117	19	41	76	13
Pajala »	88	3	35	63	26
Mörtfors »	103	10	46	57	25
Summa	942	142	421	521	361
1933.					
Lidköpingsdistriktet	123	12	52	71	64
Hälsingborgsdistriktet	173	37	106	67	97
Harads prov.läkardistrikt	32	2	9	23	2
Råneå »	31	5	12	19	17
Jockmocks »	58	8	19	39	10
Pajala »	58	2	9	49	16
Mörtfors' »	61	4	23	38	10
Summa	536	77	230	306	219

8. Eftervård för mödrar samt barnavård.

För *Lidköpingsdistriktet* lämnas i rapporten detaljerade tabeller över antal mödrar, som varit föremål för efterbehandling, antalet inskrivna barn, samt antalet olika sjukdomar, som konstaterats (pyelit, sek. anämi, alb + trombos, mastit, retentio velamosa, svåra bröstvårt-mastiter, varicer, enuresis).

För *Hälsingborgsområdet* anför d:r Lindsjö följande:

Framgången och resultatet av verksamheten på landsbygden är i högre grad än i städerna beroende av bistånd av distriktssköterskor och barnmorskor. Så har även visat sig vara fallet beträffande härvarande försöksverksamhet. Tyvärr måste sägas, att intresset från distriktssköterskornas och barnmorskornas sida i de flesta fall har varit skäligen klen. Särskilt synas barnmorskorna i allmänhet sakna förståelse för vikten av att spädbarnen komma under sakkunnig övervakning och vård. Ja, de synas på sina håll hellre vilja själva omhändervård spädbarnsvården och ge beredvilligt råd om uppfödning, vård m. m. Då de i många fall synas sakna all insikt i modern spädbarnsvård, blir tyvärr ofta deras tillskott till barnavården av minst sagt tvivelaktigt värde.

Endast en distriktssköterska, syster Asta Rosenberg i Fleninge, har med aldrig svikande intresse gått in för uppgiften och själv närvarit och biträtt vid samtliga mottagningar i sitt distrikt. Tack vare hennes arbete har försöksverksamheten därstädes kunnat uppvisa de bästa siffrorna.

I *Råneå provinsialläkardistrikt* uppgives det väsentligaste arbetet för barnen hava utförts av sköterskorna vid deras hembesök. Beträffande eftervården skriver barnmorskan i Niemisel inom nämnda provinsialläkardistrikt: »Eftervården för mödrar har bedrivits på följande sätt: Alla inom byn och i närheten ha skötts 1—2 gånger dagl. i 6—7 dagars tid. Övriga, som bott på 1—2 mils avstånd, ha besökts 1 gång, tredje eller fjärde dygnet efter förlossningen. De som bott på 3—5 mils avstånd, ha fått ta temperaturen dagligen och ringa mig 3. eller 4. dagen. Vid äggvita i urinen efter förlossningen har urinprov tagits 2 gånger i veckan, och patienten har fått ligga till sängs samt hålla diet tills äggvitan försvunnit. Vid långvarigare fall av äggvita har prov skickats till läkaren. — 1931 förekom 1 fall av äggvita efter förlossningen, 1932 12 samt 1933 10 fall. — 1932 förekommo 2 fall av lätt indragna vårtor. Båda fallen kunde avhjälpas medels mjölkpump och vårtglas.»

Inom samma provinsialläkardistrikt hava av 230 inskrivna barn läkaren undersökt 86, av vilka endast 9 befunnos fria från sjukdom eller lyte.

I *Jokkmokks provinsialläkardistrikt* har arbetet med moderskaps- och barnavården omfattats med stort intresse av både personal och mödrar och arbetet torde komma att fortsättas inom distriktet.

I *Pajala provinsialläkardistrikt* hava mödrar med äggvita i regel förlösts å sjukstuga eller sjukhärberge och fått kvarstanna där tills de blivit symtomfria.

De sjukliga rubbningar, som förekommit hos barnen äro följande: Pertussis 29, Morbilli 9, Varicellae 1, Meningitis tbc. 2, Bronchitis ac. 12, Influenta 9, Rachitis 27, Exsudativ diates 23, Näringsrubbningar 21, Bronchopneumonia 2, Spasmodi 4, Navelbräck 14, Navelgranulom 6, Inguinalbräck 2, Abscessus 2, Lymphoma reg. colli 4, Otitis ac. 3, Habitueella kräkningar 1, Haemangioma 2, Sinnesslöhet 1, Anchyloglossum 1, medfödd grumling av cornea 1.

Mörtfors' provinsialläkardistrikt. Endast ett fåtal fall av albumin eller aminingssvårigheter uppdagats.

För barnavården har såväl läkaren som sköterskorna gjort hembesök. Mödrarna hava däremot visat sig obenägna att inställa sig vid läkarmottagningen, vilket i regel skett endast då sjukdom förekommit.

9. Allmänna omdömen.

D:r Maja Kjellin i Lidköping anför: »Enligt min mening är den form av verksamhet som här i Lidköping bedrivs, med *en central byrå* för såväl för- som eftervård i ett distrikt av denna storlek, något så när bekvämt åtkomligt, den absolut mest fördelaktiga. Modern hinner under den tid hon före partus besöker byrån fatta intresse och förtroende för saken, hon återkommer med sitt barn gärna och fullt medveten om att hon *kan* och *får* komma för den minsta detalj av vården och att hon *bör* låta kontrollera sitt barns tillväxt. Vad angår landsbygden är denna svårare åtkomlig, åtminstone vad det gäller de allra minsta barnen, men borde man genom då och då återkommande korta och överskådliga kurser i spädbarnsvård ev. genom månatliga mottagningar å spridda platser i distriktet, betydligt kunna stimulera det intresse, som otvivelaktigt finnes. Men även härvidlag måste jag framhålla som min mening att man bör lägga stor vikt vid att impulsen utgår från *en och samma central*. Distriktets storlek är säkerligen rätt avpassat och bör kunna i allt skötas av byråns personal, vilket naturligtvis ej hindrar att denna står i ständig kontakt med distriktets övriga sjukvårdspersonal på området.»

D:r Jerlov: »Att ett verkligt behov fyllts genom denna verksamhet är ställt utom varje tvivel. Den här använda organisationsformen synes vara fullt tillfredsställande, och bland allmänheten har man också i mycket stor utsträckning använt sig av den fria undersökningen. Att denna också uppskattats bland de styrande i staden, torde framgå av det faktum, att staden på undertecknads förslag i Hälsovårdsnämnden övertagit och kommer att tillsvidare fortsätta den av Kungl. Medicinalstyrelsen påbörjade verksamheten på enahanda villkor.»

D:r Lindsjö: »I stort sett kan man säga att försöksverksamheten slagit väl ut, särskilt beträffande Hälsingborgs stad. Här har den ju också bedrivits som en direkt fortsättning av Mjölkdroppens föregående verksamhet. Den intensivare propagandan, som försöksverksamheten givit anledning till, har här medfört en ökning av antalet inskrivna barn. Förståelsen och uppskattningen av eftervården har varit glädjande att konstatera, åtminstone bland de unga mödrarna.

För Hälsingborgs vidkommande kommer verksamheten att fortsättas som hitills, och det finnes ingen anledning att antaga att omslutningen kommer att minskas efter försöksverksamhetens upphörande.»

Provinsialläkaren Torp, Harads: »Allmänheten har i regel varit intresserad av verksamheten och tacksam för den hjälp den utan kostnad erhållit. Behovet av fortsatt verksamhet förefinnes i hög grad. Jag anser den använda organisationsformen vara tillfredsställande, dock skulle troligen större effekt vinnas genom en för ändamålet anställd specialutbildad sköterska inom varje distrikt. Diariebokföringen bör kunna förenklas och göras mera överskådlig och i sköterskornas dagböcker böra rubriker vara tryckta.»

Provinsialläkaren Rösmark, Råneå: »Även om redan förut en viss för- och eftervård av mödrar förekommit, betyga samtliga barnmorskor den stora nytta, barnavårdsverksamheten fört med sig, i det den inpräntat nödvändigheten av att låta undersöka sig före nedkomsten. Även om undersökningen är gratis, bli resorna för många en för stor utgift. När urinprov skall skickas, skall buss-

chauffören ha sin 50-öring för besväret. Därför dra sig många. Idealet vore dock, att var blivande mor kunde få åtminstone en undersökning + upprepade gånger få urinen undersökt.

Barnavården har ju varit det verkligt nya i denna verksamhet. Den har visat sig ha en synnerligen viktig mission att fylla.»

Provinsialläkaren Domeij, Pajala, har gjort en utredning rörande dödligheten hos barn under ett års ålder 1927—1932. Av denna tabell synes framgå en minskad dödlighet under de år försöksverksamheten pågått.

Bil. 3 och 4.

Inspektionsberättelser rörande försöksverksamheten för för- och eftervård vid barnabörd.

Till Medicinalstyrelsen.

Undertecknade, som av Styrelsen förordnats att verkställa inspektion av försöksverksamheten för för- och eftervård vid barnsbörd inom vissa av försöksområdena, få härmed efter fullgjort uppdrag värdsamt avgiva följande berättelse.

Lidköpings barnavårdsbyrå besöktes den 16 och 17 maj detta år. Vid förrättningen närvaro utom byråns föreståndare och sköterska förste provinsialläkaren i Skaraborgs län Th. Cederberg varjämte samråd skedde med provinsialläkaren i Lidköpings distrikt Sören Wahlgren.

För verksamheten förhyrda *lokaler* äro centralt belägna, rymliga, ljusa och i hygieniskt hänseende utmärkta. *Möblering* och övrig *utrustning* är praktisk, enkel och gedigen; som särskilt nämnvärt bör anföras de i väntrummet anordnade *boxarna*, som för här åsyftat klientel utgöra en stor fördel; den ringa kostnad denna anordning betingat är en erfarenhet att för framtiden hålla i minne.

Journaler och diaries genomgingos och befunnos noggrant förda. Av handlingarna framgick att barnavårdsbyrån genom kontakt med pastorsämbetena skaffar sig besked om alla inom försöksområdet födda barn och att byrån kommit i kontakt med en ej ringa del av dessas mödrar.

Beträffande *propagandan* för verksamheten och spridande av upplysning i mödra- och spädbarnshygien har byrån framgångsrikt stötts av den lokala tidningspressen varjämte föreståndaren i samband med mottagningarna och sköterskan under sina hembesök vinnlagt sig om denna viktiga del av arbetet. Det framhölls som ett stort önskemål, att någon form av kurser i barnavård etc. kunde komma tillstånd jämväl ute i socknarna.

Enligt hittills vunnna erfarenhet är det i regel någon iakttagen eller befarad sjukdom hos moder eller barn, som kommer klientelet att självmant söka förbindelse med byrån — värdet och behovet av rådgivning för friska tyckes ännu ej ha blivit en mera spridd kunskap åtminstone på den rena landsbygden.

Samarbetet med läkare, myndigheter, kommunala organ o. s. v. synes vara det allra bästa. Ett önskemål härutinnan var en intimare kontakt med länsläsarettet i Lidköping, där ett ej ringa antal förlossningar ske. Vid inspektionstillfället gjordes besök hos lasarettets läkare för att i detta avseende nå utökad samverkan med byrån, vilket även ställdes i utsikt.

Rörande verksamhetens omfattning och preliminära resultat hänvisas till av byråns föreståndare lämnad redogörelse.

Försöksverksamheten inom Hälsingborgsområdet uppdelad på 1) *förvård*, som ledes och förestås av läkaren vid Hälsingborgs stads Barnbördshus med. d:r E. Jerlov och 2) *eftervård*, som ledes och förestås av föreståndaren för Mjolk-

droppens Barnavårdscentral i Hälsingborg läkaren vid Hälsingborgs barnsjukhus dr David Lindsjö, inspekterades den 12 och 13 juni d. å. Verksamheten inom Hälsingborgsområdet har bedrivits som en utbyggnad på redan förut pågående för- och eftervård och närmast avsett att giva erfarenhet av möjligheten för och organisationen av för- och eftervård inom en tätare bebyggd landsbygd omkring en storstad, som har tillgång till såväl barnbördshus som barnsjukhus, vilka anstalters respektive ledare jämväl haft ledningen av den sociala verksamhet det här gäller.

Beträffande *lokalerna* för verksamheten har förvården helt varit förlagd till Hälsingborgs Barnbördshus, dit klientelet jämväl fått insända prov för urinkontroll etc. och varifrån efter partus modern hänvisats till eftervården för kontrollen av barnet. Huvudlokal för eftervården har varit Mjölkdroppens Barnavårdscentral vid Karl-Krooksgatan 60, som torde kunna betecknas som en mönsteranstalt för en slik verksamhet ifråga om lokalernas storlek, anordning och utrustning med sitt stora plattgolvsbelagda, kakelväggklädda väntrum, med ett 30-tal boxar, sina inventiösa mottagningsrum och bostadsrum för tvenne sköterskor o. s. v. Emellertid har verksamheten ansetts kräva jämväl flera andra mottagningsställen *tre* inom Hälsingborgs stad och *tre* på landsbygden utanför — de senare tillkomna helt på grund av försöksverksamheten för landsbygden omkring Hälsingborg.

Ett flertal av mottagningslokalerna besöktes vid inspektionen och det bereddes oss tillfälle att övervara en mottagning som hölls i Goodtemplarhuset å Statten (avseende de norra stadsdelarna av Hälsingborg), varvid ett 20-tal besökande kommit tillstädes.

Journaler och diaries för Hälsingborgs-verksamheten ha förts på sätt som förut härstädes tillämpats och vilket utgjort förebilden för de blankettformulär för de övriga försöksområdena som av Medicinalstyrelsen utarbetats.

Samarbetet med läkare, myndigheter o. s. v. syntes vara det bästa. Beträffande samverkan med de sjukhus som närmast anknutits till verksamheten är det givetvis ej utan olägenhet att dessa äro avsedda för staden Hälsingborgs innevånare och att följaktligen klientelet från landsbygden vid behov av sjukhusvård måste vidkännas rätt avsevärda vårdavgifter. För Barnbördshusets klientel torde detta medföra mindre olägenheter än för Barnsjukhusets, varigenom ej så sällan just de mest vårdbehövande ej kunna få sjukhusvård. Med nuvarande tillämpning av gällande bestämmelser har Hälsingborgs Barnsjukhus ej kunnat bliva upptaget i Socialdepartementets förteckning på anstalter som jämnställas med landstings- eller kommunalt drivna ifråga om kommunernas rätt till gottgörelse för vårdavgifter från landstingen. Det framhölls som ett stort önskemål för försöksverksamhetens effektiva bedrivande att ändring härutinnan kan ernås.

Eftervårdens läkare ansåg erfarenheten tala för att för den rena landsbygdens vidkommande en decentralisering av verksamheten med tjänsteläkarna på respektive platser som ledare för arbetet och distriktssköterskorna som närmaste organ skulle kunna förväntas ge det bästa resultat. Som förutsättning härför måste dock fordras, att dessa genom särskild utbildning gjorts skickade att omhändervärdhet arbetet. Olägenheten av mindre pediatrik skolning skulle då kompenseras genom större möjlighet att hålla personlig kontakt med klientelet och bättre kännedom om hemmens och befolkningens allmänna hygieniska standard.

Liksom i Lidköpingsområdet framhölls *behovet av upplysningskurser för vården av mödrar och spädbarn*, ej minst beträffande hemmens matlagning, som ofta försvårar en rationell barnavård.

I övrigt hänvisas till av ledarna för verksamheten avgivna redogörelser.

Mörtfors' försöksområde besöktes den 25 och 26 juni. Ledaren för verksamheten prov.läk. V. Magnusson, har lagt upp arbetet helt efter de principer, som av Med.Styr. angivits, och sålunda har i detta område för försöksverksamheten endast använts befintlig sjukvårdspersonal, sköterskor och barnmorskor. Som mottagningslokal har använts prov.läkarens mottagning och därtill har denne under mottagningar på flera ställen inom distriktet jämväl mottagit försöksverksamhetens klientel samt vid sjukbesök i byarna haft sitt intresse inställt på för- och eftervårdens genomförande och kontrollerande. Uppdelningen av för- och eftervård på barnmorskor och sköterskor synes ha gått utan svårighet och respektive medhjälpare ha väl samarbetat med ledaren.

Även i Mörtforsområdet har erfarenheten beträffande eftervården visat, att befolkningen endast undantagsvis begär råd för friska barn. Vid samtal med en av de medarbetande sköterskorna framgick emellertid att någon ovilja mot tillsynen jämväl rörande de friska ej kommit till synes. Allt som verksamheten blivit mera känd har förståelsen tilltagit. Till bedömande av verksamhetens värde framhölls av doktor M. att det före försöksverksamhetens början hörde till ovanligheterna att någon havande sökte läkaren — högst några om året — sedan i oktober har dock 73 besök gjorts för »förvård». Ungefär enahanda är hans erfarenhet rörande eftervården — ett förhållande som kommit honom att som ett önskemål för tjänsteläkarnas användning för detta arbete uppställa ökad pediatrik utbildning, något som även ansågs mycket önskvärt för sköterskorna.

Vår granskning av journaler och övriga handlingar gav vid handen att verksamheten fullföljts med stor omsorg och intresse. För en tjänsteläkare med en såpass omfattande verksamhet som i Mörtfors medför givetvis försöksverksamheten en utökning av arbetsbördan som gör det nödvändigt att det rent expeditionella (bokföring etc.) får en så snäv ram som möjligt, en synpunkt som vi anse oss böra framhålla med tanke på framtiden.

Som helhetsintryck av våra inspektioner ha vi fått den uppfattningen att försöksverksamheten i de besökta områdena organiserats och letts i enlighet med de direktiv som av Med.Styr. givits och att arbetet överallt präglats av stort nit, intresse och sakkunskap hos ledarna och i verksamheten medarbetande. Det synes oss även som om från allmänhetens och myndigheternas sida genomgående förståelse och sympati för verksamheten lagts i dagen.

Det ligger i sakens natur att någon möjlighet ännu ej föreligger att bedöma resultatet av en social verksamhet med så vidsträckt syfte, som endast pågått under $\frac{3}{4}$ år. Det synes oss emellertid vara alla skäl att förvänta att vida större möjlighet för bedömande av försöksverksamhetens värde skall föreligga efter en ny försöksperiod på ett år, vilket vi därför vilja livligt förorda. Om verksamheten nu avbrötes, skulle hela det hittills nedlagda arbetet och därmed förenade kostnader få anses fullständigt bortkastade.

Stockholm den 5 juli 1932.

John Byttner.

Harald Ernberg.

Till Medicinalstyrelsen.

Till slutförande av vårt uppdrag att verkställa inspektion av försöksverksamheten för för- och eftervård vid barnsbörd ha vi under nedannämnda dagar besökt jämväl Norrbottensområdet, där verksamheten bedrivits i *Harads, Jokk-*

mokks, Pajala och Råneå provinsialläkardistrikt. I anslutning till tidigare avgiven inspektionsberättelse få vi härmed värdsamt meddela följande.

Harads besöktes den 21 augusti 1932.

Förutom verksamhetens ledare, provinsialläkaren K. Torp, närvaro vid inspektionen två av hans fasta medhjälpare, en dispensärsköterska och en barnmorska — den tredje fasta medhjälparen är distriktssköterskan i Kåbdalis. Särskilda mottagningar för försöksverksamhetens klientel ha varit anordnade en gång i veckan, men dessutom ha de sökande mottagits vid läkarens ordinarie mottagningar och under hans resor i distriktet. Medhjälparna ha ej företagit särskilda resor för arbetets bedrivande utan utfört detta under sina vanliga resor. Propaganda för arbetet har gjorts genom annonser i tidningarna, skriftspridning till samtliga socialt verkande funktionärer och kommunala myndigheter samt utdelning till allmänheten av »Mor och barn».

Journaler och diaries genomgås och voro förda enligt anvisningarna. Verksamheten synes mest ha omfattat barnen och det större antalet av både mödrar och barn (ca $\frac{2}{3}$ av de inskrivna) ha nåtts av medhjälparna, vilkas arbete utom rådgivning bestått i vägningar och urinundersökningar. En tillförlitlig viktkontroll av spädbarnen har emellertid varit svår att åstadkomma då tillgång saknats till pålitliga vågar, ett förhållande som påtalades av båda medhjälparna. I stort sett hade verksamheten rönt förståelse och tacksamhet från folkets sida och ej gett anledning till några slitningar. Den spridda bebyggelsen, de långa avstånden, befolkningens svårighet att inse värdet av läkareundersökning av *friska* barn samt dess av penningknapphet förorsakade invanda benägenhet att söka reda sig själva torde vara huvudskälet till att verksamheten endast efter rätt lång tid kan förväntas få mera allmän omfattning. Samtliga i arbetet deltagande ansågo det dock synnerligen önskvärt att arbetet fortsattes.

På eftermiddagen den 21 augusti besöktes jämväl *Jokkmokk*, där provinsialläkare H. Thulin leder arbetet med tre fasta medhjälpare: en distriktssköterska (bosatt i Porsi), en dispensärsköterska och en barnmorska, bosatta i Jokkmokk, av vilka de båda sistnämnda närvaro vid vårt besök. Verksamheten och propagandan har varit organiserad i enlighet med de direktiv, som angåvos före starten — sålunda i stort sett som förut angivits för *Harads*.

För att nå det största möjliga antal klienter har genomförts inbördes samverkan så att vare sig barnmorskan, sköterskan eller läkaren först kommer i beröring med fallet detta inskrives och sedan hänvisas till respektive funktionär som skall fortsätta övervakningen. Verksamheten inom distriktet har fått en avsevärd omfattning — av i Jokkmokks kommun under år 1931 födda 143 barn hava 123 varit inskrivna i verksamhetens journaler, ett faktum som vittnar om att verksamheten åtnjuter förtroende. I en by (Koikul) hade befolkningen till en början varit mycket ovänligt inställd till arbetet och påstått att sköterskan förtalade folket inför läkaren och spionerade på dem — ett missförstånd, som emellertid nu tycktes vara alldeles ur världen. Läkare och medhjälpare hade det bestämda intrycket att arbetet varit till stor nytta — flera fall av eklampsism hade upptäckts och med framgång behandlats och intresset för spädbarnsvården hade påtagligt gått framåt. Ett värdefullt stöd i arbetet med spädbarnen hade verksamheten haft genom Jokkmokks Röda kors-krets, som ställt inemot ett 100-tal babyutstyrselar till försöksverksamhetens förfogande.

Journaler och övrig bokföring var i god ordning. Enligt doktor Thulins mening, är det nu tillämpade journalföringssystemet alltför omfattande och tungskött — särskilt diariesföringen som ansågs vara onödig då verksamheten kommit

igång ordentligt — dagböckerna borde vara tillräckligt för kontrollen av arbetet. Vid förrättningen i Jokkmokk var även provinsialläkaren i Älfsbyn E. Johannel närvarande, vilken under största delen av första verksamhetsåret lett arbetet inom Pajala-distriktet. Vid samtal med honom och under vårt besök i *Pajala* följande dag den 22 augusti, då t.f. provinsialläkaren Silfverswärd var närvarande och tillhandahöll oss verksamhetens bokföring och övriga handlingar, fingo vi det intrycket att verksamheten jämväl i Pajala bedrivits i ganska stor omfattning och med i stort sett gott resultat. Som fast anställda medhjälpare ha fungerat dispensärsköterskan i Pajala samt distriktssköterskorna i Junosuando och Muodoslompolo. Några särskilda mottagningar för försöksverksamheten ha ej varit anordnade — detta har ansetts både obehövt och svårt att genomföra. Bland befolkningen i Muonionalusta och Jokkmokks socknar har intresset varit mycket stort men däremot, som framhölls i den på sin tid till medicinalstyrelsen avgivna rapporten om försöksverksamheten i Pajala, påtagligt mindre i själva *Pajala*, åtminstone i början av verksamheten. Man ansåg att med ordet försöksverksamhet avsåges något slags experiment på barnen, vilket man ej ville vara med om. Numera torde denna uppfattning ej längre ha någon betydelse sedan verksamheten fortgått och upplysningsskrifterna blivit mera spridda. Det uttalades en önskan att »Mor och barn» skulle översättas till s. k. Tornedalsfinska, för att en del mödrar icke kunde svenska språket. Emellertid framhölls å andra sidan att detta mest gäller de äldre kvinnorna, de yngre behärska numera genomgående svenskan och avsaknaden av tryckta råd på finska språket. torde därför ej vara av någon mera väsentlig betydelse för verksamhetens fullföljande, ehuru önskvärd.

Råneå besöktes den 23 augusti. Inom detta försöksdistrikt igångsattes och organiserades verksamheten av provinsialläkaren A. Reimar, vilken emellertid redan i början av december 1931 tillträdde annan tjänst, varefter flera olika t. f. provinsialläkare haft om hand ledningen och vid vårt besök hade nyutnämnde ordinarie provinsialläkaren I. Rösmark endast några veckor innehaft sin befattning. Som medhjälpare ha fungerat en dispensärsköterska, två distriktssköterskor och en tid en distriktsbarnmorska. Det är uppenbart, att dessa ombyten av ledare och medhjälpare föga varit ägnade att gagna verksamheten enhetliga genomförande. Intresset från befolkningens sida har ej heller varit stort och omfattningen av arbetet därför ganska liten. Som en replipunkt för moderskapsvården har Röda korsets »förlossningsrum» vid barnmorskestationen i Gunnarsbyn varit av värde, men bekymmer framfördes för ekonomiseringen av förlossningsrummet i fortsättningen. Undertecknad Byttner har efter besöket i *Råneå* samrått härom med Röda kors-distriktets ordförande i Luleå. Journaler och övriga handlingar befunnos i ordning och propagandaskrifterna funnos och utdelades till allmänheten på sätt som sker i övriga försöksdistrikt.

Med hänsyn till att verksamheten kan förväntas komma att under pågående arbetsår ledas av samma personer och därmed bli enhetligt genomförd anse vi alla skäl tala för att verksamheten fortsättes jämväl i detta distrikt då andra årets erfarenheter av organisationen o. s. v. böra bli värdefullare än det förstas.

Som slutomdöme anse vi oss kunna även beträffande Norrbottens-området hänvisa till tidigare uttalande i vår första inspektionsberättelse av den 5 juli 1932.

Stockholm i oktober 1932.

John Byttner.

Harald Ernberg.

**Uppgift rörande kostnader för Medicinalstyrelsens försöksverksamhet
beträffande för- och eftervård vid barnsbörd 1 oktober
1931–30 juni 1933.**

Uppgifterna hämtade ur Medicinalstyrelsens utgiftsbok.

	1931	1932	1933	Summa
Lidköpingsdistriktet	4 003: 33	8 502: 78	4 655: 97	17 162: 08
Hälsingborgsdistriktet	965: —	6 622: 33	3 520: 70	11 108: 03
Harads prov.läkardistrikt	168: —	402: —	467: 50	1 037: 50
Råneå »	134: —	196: 90	745: 63	1 076: 53
Jokkmokks »	139: 50	810: 79	1 357: 09	2 307: 38
Pajala »	280: 66	917: 84	826: —	2 024: 50
Mörtfors »	114: —	1 518: 35	1 708: 15	3 340: 50
Summa	5 804: 49	18 970: 99	13 281: 04	38 056: 52

Förutom ovanstående belopp	kronor	38 056: 52
har av medicinalstyrelsen utbetalts för tryckning av broschyren »Mor och barn» m. m. samt annonsering under år 1931	»	2 018: —
» » 1932	»	506: 99
» » 1933	»	880: —

Summa kronor 41 461: 51

Fördelningen av kostnaderna mellan de olika distrikten framgår icke fullt tydligt av Medicinalstyrelsens utgiftsbok men i ovanstående tabell, i vilken samtliga utgifter medtagits, torde en eventuell felaktig fördelning kunna avse högst omkring 300 kronor.

Bilaga 6.

**Uppgift angående kostnad per patient och besök inom de olika distrikten
för den under tiden 1 oktober 1931–30 juni 1933 anordnade
försöksverksamheten beträffande för- och
eftervård vid barnsbörd.**

D i s t r i k t	Totala antalet patienter	Totala antalet besök	K o s t n a d	
			per patient	per besök
Lidköpings distrikt	990	4 809	17'39	3'57
Hälsingborgs distrikt	1 271	11 367	8'74	0'97
Harads prov.läkardistrikt	377	598	2'75	1'72
Råneå »	330	928	3'26	1'15
Jokkmokks »	448	1 605	5'15	1'43
Pajala »	522	1 542	3'87	1'31
Mörtfors »	561	1 878	5'97	1'77

Taxa för inom Östergötlands läns landstingsområde anställda distriktsbarnmorskor samt för barnmorskor, som avses i 1 § andra stycket och 3 § i lagen om anställande av distriktsbarnmorskor m. m. den 28 mars 1919 eller som eljest inneha anställning hos kommun inom landstingsområdet.

Fastställd av Barnmorskestyrelsen i Östergötlands län den 6 april 1934.

Barnmorska, som i denna taxa avses, äger att i ersättning uppbära:

- 1) för biträde vid förlossning eller missfall hos mindre bemedlade barnaföderskor, inberäknat ersättning för s. k. efterskötning högst en gång dagligen under högst en vecka efter förlossningen eller missfallet kr. 15:—
- 2) för biträde vid förlossning eller missfall hos mindre bemedlad kvinna, intagen å allmän vårdanstalt, dock icke barnbördsavdelning » 10:—
- 3) för biträde vid förlossning eller missfall hos bemedlade barnaföderskor kr. 15—20:—
- 4) för s. k. efterskötning vid förlossning eller missfall med undantag för dylik, som nämnts under punkt 1) här ovan, för varje gång .. kr. 2:—
- 5) för rådfrågning utom barnmorskans bostad, för varje gång » 2:—
- 6) för rådfrågning i barnmorskans hem, för varje gång kr. 1:—
- 7) för enbart urinundersökning, utan annan rådfrågning pr gång högst » 0: 50

Med mindre bemedlad skall här i regel avses, om kvinnan eller, där hon är gift och sammanlever med sin man, för makarna tillsammans vid senaste taxering icke upptagits *beskattningsbart* belopp, uppgående till minst 500 kronor.

Då avståndet till förrättningsstället överstiger en kilometer, skall barnmorskan erhålla fri skjuts eller ersättning härför, dock icke högre än vad barnmorskan för transporten i verkligheten utgivit. Under förrättning skall barnmorskan åtnjuta fri kost.

Därest på grund av särskilda omständigheter barnmorska icke kan erhålla ersättning av den hjälpsökande, bör vederbörande kommun ansvara för barnmorska tillkommande ersättning.

Ovanstående bestämmelser hindrar icke barnmorska att emottaga högre ersättning, därest sådan erbjödes.

Denna taxa skall träda i kraft från och med den 1 juli 1934.

Linköping den 6 april 1934.

För barnmorskestyrelsen i Östergötlands län:

A. Hultner.

N. Wranne.

L. Möller.

Anm. Barnaföderska, tillhörande erkänd sjukkasse, äger åtnjuta fri barnmorskevärd enligt fastställd taxa för biträde av barnmorska vid förlossningen. Denna ersättning utbetalas till barnmorskan av Östergötlands erkända centralsjukkasse, Linköping.

För mindre bemedlad barnaföderska, som ovan avses, men icke tillhörande erkänd sjukkasse, utgår moderskapsunderstöd enligt K. Maj:ts förordning den 26 juni 1931. Framställning om erhållande av dylikt understöd göres av kvinna, bosatt inom landstingsområdet, hos Östergötlands erkända centralsjukkasse. Å meddelat moderskapsunderstöd skall enligt förenämnda förordning av centralsjukkassan innehållas ett belopp motsvarande ersättning enligt den fastställda taxan för biträdet av barnmorska vid förlossningen.

Uppgifter för år 1933 från

	Läkar- arvode	Sköterske- arvode	Andra arvoden	Lokal
<i>Stockholm</i> 521 618 inv.				
Katarina	2 160: —	2 400: —	982: 50	2 100: —
Kungsholmens	1 800: —	1 925: —	587: 50	2 750: —
Vasastadens	1 800: —	2 400: —	1 523: —	2 400: —
Östermalms	1 000: —	3 240: —	—	fritt
Jakob-Johannes	1 400: —	2 220: —	1 440: — 1 309: —	3 479: 75
Brännkyrka	3 200: —	5 879: —	—	2 465: —
Bromma	1 395: —	2 800: —	146: 50	—
Enskede	2 400: —	1 200: —	—	800: —
Maria mjölkdroppe	1 900: —	2 760: —	2 730: —	1 454: 50
<i>Göteborg</i> 252 721 inv. 10 barnavårdscentraler.				
A. Nämndens central.				
I	800: —	2 940: —	—	kostnadsfritt
Barnsjukhuset.	15 kr. per mottagn.	3 ålderstillägg å 240: —	—	—
B. Mjölkdroppens nio centraler.				
Central II	2 340: —	2 700: —	—	120: —
Sociala huset.	även C X och C III	även C. V	—	—
Central III	2 340: —	3 000: —	—	100: —
Redbergslid.	även C II och X	(även C VIII)	—	—
Central IV	1 470: —	2 700: —	—	—
Majorna.	(även C VIII)	—	—	—
Central V	2 580: —	2 700: —	—	—
Masthugget.	(även C VI, VII och IX)	(även C II)	—	—

»barnvårdscentralerna» i riket.

Underhåll av inventarier, andra utgifter, lyse, bränsle etc.	Ex- pens- kostna- der	Antal läkarmottag- ningar	Antal barn	Vid läkar- mottag- ningar avlagda besök	Av sköter- ska av- lagda besök	Mjölkl, socker, is	% övervakade barn
179: 89 tvätt, reng. 232: 26 diverse 47: 55	481: 53	3 ggr i veckan	1 050	—	—	427: 25	
510: 60 + 611: 67	277: 51	3 » » »	642	—	—	640: 06	
433: 05 + 445: 13	269: 50	2 » » »	578	—	—	853: 88	
365: — + 394: 55 78: 83 tvätt	313: 77	3½ » » »	298	—	—	ampremier 4 710: — 817: 36	
160: — 246: 25	206: 86	2 » » »	276	—	—	ampremier 4 825: — 2 421: 68	
2 762: 79	—	3½ » » »	448	—	—	5 914: 03	
592: 77	—	2 » » »	231	—	—		
180: —	398: 74	2 » » »	222	—	—		1933: 49 %
1 570: 83	231: 20	3 » » »	683	—	—		1934: 50 %
48: 82	30: 70	—	381	—	3 426	230 erl. bet.	
—	—	1 gg i veckan	201	—	1 462	63 » »	
—	—	1 » » »	232	—	1 730	113 » »	
—	—	1 » » »	480	—	2 962	212 » »	
—	—	1 » varannan vecka	142	—	978	47 » »	
		Transport	1 436	—	10 558	665 erl. bet.	

	Läkar- arvode	Sköterske- arvode	Andra arvoden	Lokal
Central VI Kapellet Lundby.	2 580: — (även C V, VII och IX)	2 700: — (även C VII)	—	—
Central VII Kyrkbyskolan, Lundby.	2 580: — (även C V, VI och IX)	2 700: — (även C VI)	—	—
Central VIII Lödöse, Gamla staden.	1 470: — (även C IV)	3 000: — (även C III)	—	—
Central IX Getebersäng.	2 580: — (även C. V, VI och VII)	2 700: — (även C X)	—	—
Central X Församlingshemmet, Redbergslid.	2 340: — (även C. II och III)	2 700: — (även C IX)	—	—

Sköterskorna hava avlagt besök i hemmen. Sammanlagt 15 772 besök.

Malmö 132 090 inv.				
Föreningen Mjölkdroppen i Malmö. Barnavårdscentralen.				
1. Sturegatan 16	3 333: 33	1 förest. 3 000: —	—	1 400: —
2. V. Skrävlinge			—	fritt
3. S:t Petri församlingshus . .			—	fritt
4. Kirsebergs skola	2 666: 66	1 biträde à 600: — 2 sköterskor à 2 000: —	—	fritt
5. Fattigvårdens lokal Öster I			—	fritt
6. Limhamns kommunalhus .			—	fritt
Norrköping 62 266 inv.	1 000: —	bostad, kost, tvätt 1 200: —	—	inrymmes å la saretet
Hälsingborg 57 872 inv.	1 800: — (överläkare 1 200: — (bitr. läkare)	Sköterska (2 300: — + 3 ålderstillägg à 8 % = 184: — (slutlön 2 852: —)		

Underhåll av inventarier, andra utgifter, lyse, bränsle etc.	Ex- pens- kostna- der	Antal läkarmottag- ningar	Antal barn	Vid läkar- mottag- ningar avlagda besök	Av sköter- ska av- lagda besök	Mjök, socker, is	% övervakade barn
—	—	Transport	1 436	—	10 558	665 erl. bet.	
—	—	1 » i veckan	228	—	1 412	69 » »	
—	—	1 » varannan vecka	87	—	416	19 » »	
—	—	1 » varannan vecka	111	—	959	33 » »	
—	—	1 » i veckan	238	—	1 594	190 » »	
Sammanlagt 7 884: 06		1 » » »	136	—	833	75 » »	
		Summa	2 236	—	15 772	1 051 erl. bet.	1932: 65·3 %
		därav späda barn	2 195				1933: 73 % 1934: 78·6 %
127: —	—	cirka 2 ggr i veckan (443 mot- tagn.)	210	}	9964	887: 33 483: 35	
225: —	—		305				
75: —	—		169				
75: —	—		113				
—	—		44				
—	—		98				
			939				1932: 40 % 1933: 43 % 1934: 46 %
—	—	—	200				1933: 26·8 %

	Läkar- arvode	Sköterske- arvode	Andra arvoden	Lokal
Hälsingborg	—	<i>Föreståndar- rinna</i> 2 400: — + fri bostad (1 rum, del i kök)	—	2 400: —
Gävle 39 099 inv.	1 200: —	2 400: — + bostad, värme och lyse	—	fritt
Örebro 38 483 inv.	1 080: —	fri bostad + 2 243: — + 1 000:— ss. fosterbarns- insp.	—	1 600: —
Linköping 31 579 inv.	— (senare 7 kr. pr mottagn.)	— (senare 5 kr. för varje läkarmottagn.)	—	fritt
Västerås 31 229 inv.	800: —	2 880: — ålderstillägg	315: —	fritt gemensam med barnavårds- nämnden
Karlskrona (även mjölkdroppe) 28 482 inv.	300: —	1 560: — + bostad (1 rum ljus och värme)	540: — + bostad	600: —
Karlstad 25 666 inv.	10: — pr arbetstimme	1 392: —	—	fritt
Halmstad 24 844 inv.	5 kr. pr nyinskr. barn	1 200: — + bostad, lyse och värme	100: — vik.arv.	400: —
Solna mjölkdroppe 21 958 inv.	2 400: —	2 400: —	1 862: —	1 303: —
Landskrona 18 901 inv.	188: —	—	—	—
Gudmundrå 15 282 inv. Kommunens barnavårds- central.	enl. taxa (352: —)	1 800: — + fri bostad m. m. (senare 2 100: —)	—	544: —

Underhåll av inventarier, andra utgifter, lyse, bränsle etc.	Ex- pens- kostna- der	Antal läkarmottag- ningar	Antal barn	Vid läkar- mottag- ningar avlagda besök	Av sköter- ska av- lagda besök	Mjölk, socker, is	% övervakade barn
—	—	3 ggr i veckan	340				
317: 67 övr. 1 663: —	39: —	—	82				
175: — + 300: —	—	3 ggr i veckan	305	499	2 282	Ampremier (mjölk) 1 500: —. Denna central utövar även poliklinisk verksamhet bland sjuka, späda och obemedlade barn	
300: — till första utrustn.	—	2 ggr i må- naden	67				
302: 32	—	—	294				
150: 50 övr. 1 675: —	238: 93	—	148	—	—	Ej avgift för medellösa och äldre barn	
400—450	250: —	—	108				
värme och lyse 233: 43 övr. 1 051: 31	135: 10	—	87				
596: — 329: — tvätt etc.	319: — 207: —	3 ggr i veckan	481	—	—	1 805: — mjölk	
—	43: —	—	102				
262: —	20: —	—	610				
70: —							

	Läkar- arvode	Sköterske- arvode	Andra arvoden	Lokal
Kristianstad 14 269 inv.	500: —	1 600: — allt fritt	—	—
Nyköping 11 926 inv.	—	2 400 (även nattsköterska)	—	—
Grangärde 11 663 inv.	—	—	—	—
Grängesberg och Sunnansjö	—	—	—	—
Lidingö spädbarnsvård 11 015 inv.	15 kr. pr mottagning	2 800: — arvode ss. fosterbarns- insp. ingår	72: —	staden upplåter lokal
Visby 10 835 inv.	240: —	1 560: — + fritt vivre ersättning ss. barnavårdsman ingår	—	fritt
Sundbyberg barnavårdscentral 8 977 inv.	780: — 15 kr. pr gång	1 800: —	175: —	350: —
Arvika 8 011 inv.	—	300: — + bostad med möbler, ved- brand, lyse	—	—
Grums barnavårdscentral . . . (2 centraler) 3 995 inv.	—	15 kr. i mån. + bostad och kost	—	—
Boo barnavårdscentral 2 214 inv.	135: —	distr.sköterska utan särskilt arvode	—	—

Underhåll av inventarier, andra utgifter, lyse, bränsle etc.	Ex- pens- kostna- der	Antal läkarmottag- ningar	Antal barn	Vid läkar- mottag- ningar avlagda besök	Av sköter- ska av- lagda besök	Mjölk, socker, is	% övervakade barn
(12 000: —)	—	—	49 17	59	—	(Drives till- sammans med spädbarns- krubba, barn- krubba)	
800: —	—	—	45				
—	—	51	119	—	79		
—	—	—	35	—	45		
281: 76	22: 70	3 ggr i må- naden	129				
—	30: —	2 ggr i må- naden	33				
7 31: 72	245: —	1 ggr i veckan	276	—	—	ampremier 225: — 771: 16	
1 350: —	—	—	52				
76: —	—	—	97 12				
179: —	—	—	26				

Betänkande rörande övervakning av späda barn.

Till Pediatriska sektionen av Svenska Läkaresällskapet.

Undertecknade, utsedda vid sammanträdet den 2 februari 1923 att utarbета förslag angående övervakningsställen för späda barn med särskilt avseende fäst at vid den nuvarande organisationen av »mjölkdropparna», få härmed vördsamt avgiva följande betänkande.

Under de senare åren har i de flesta civiliserade länder det uppväxande släktets hälsovård ådragit sig en synnerligen livlig uppmärksamhet. I det ena landet efter det andra ha tillkommit lagar och bestämmelser i ämnet och vidtagits anordningar för att minska dödligheten bland barnen och förhjälp a dem till att växa upp friska och starka.

Utlandet.

England torde vara det land, där en systematisk sanitär övervakning av barn först påbörjades. Numera är denna barnavård i det hela väl utformad och har vunnit stor utbredning. Varje barns födelse skall omedelbart meddelas vederbörande tjänsteläkare. Å landsbygden få i barnavård särskilt utbildade sköterskor snarast besöka de nyföddas hem, där så synes önskvärt, och lämna erforderlig hjälp, giva råd och anvisningar. I städer och å tät bebyggda platser ordnas barnavården efter s. k. fullständigt schema. En byrå med mottagningar för barn och mödrar upprättas. Arbetet ledes av en läkare och uppdelas vanligen å 4 avdelningar: 1) vård åt havande kvinnor; 2) hjälp vid förlossningar; 3) vård åt spädbarn och deras mödrar; samt 4) kontroll av barn upp till skolåldern. Där- efter övertages tillsynen av skolläkaren. Sköterskor vidtaga vid behov sanitära anordningar i hemmen. Vid byrån arbeta även frivilliga krafter, vilka sörja för allt arbete, som förekommer vid sidan av det rent medicinska: upplysningsverksamhet, understöd, sommarkolonier m. m. — Av samtliga kostnader ersätter staten hälften, resten fördelas på kommunerna och de frivilliga bidragen. År 1921 var antalet byråer, »Centres», 1,780; vid dem tjänstgjorde inalles 3,215 sköterskor. Reducerat till våra förhållanden skulle detta betyda över 250 byråer och 400 sköterskor.

Detta system för tillsyn av mödrar och barn tillämpas numera i flera länder. Så t. ex. på åtskilliga håll i *Amerika*, där man i vissa avseenden utvidgat arbetet. Hygienens målsmän anse, att verksamheten i fråga är till utomordentligt gagn och avsevärt bidragit att sänka dödlighet, sjuklighet och antal olyckshändelser bland späd- och småbarn. Likaså synes genom havande kvinnors omhändertagande relativa antalet genom graviditet och förlossning avlidna kvinnor samt dödfödda och ofullgångna barn ha minskats. New Yorks statistik har t. ex. i här ifrågavarande avseenden år 1921 blivit i det allra närmaste lik den i Stockholm, vilket måste sägas var ganska storartat för en stad av denna storlek och med en så heterogen, till stor del av fattiga immigranter bestående befolkning.

I *Belgien* har 1919 antagits en ny lag om den offentliga barnavården; även här föreskrives upprättande av spädbarnspolikliniker med mjölkdroppar, kon-sultationer för mödrar m. m.

I *Frankrike* ha liknande anordningar, »consultations du nourisson», »cantines maternelles», funnits sedan många år. Under kriget inrättades ytterligare ett

antal av amerikanarna, och nu pläderas från läkarehåll ivrigt för lagbestämmelser angående sådana inrättningar; särskilt anses stort behov föreligga av rådgivningsstationer för havande kvinnor. — Liknande övervakning i stor stil av späda- och småbarn samt mödrar har påbörjats i *Schweiz*, kantonen Zürich.

I *Tyskland* har en »Reichsjugendwohlfahrtsgesetz» sett dagen. Detaljerade bestämmelser angående »Jugendämter» i de olika distrikten givas, och även här synes meningen vara att allmänt få till stånd dessa omnämnda övervakningsbyråer, som här och var förut finnas. Sachsen har hunnit långt i den vägen. Bestämmelser ha för några år sedan antagits angående en centralbyrå för »Wohlfahrtspflege» vid inrikesministeriet och hela landets indelning i vårdområden, vart och ett med sin läkare. För mödrar och spädbarn inrättas »Fürsorgestellen»; år 1921 funnos i detta land med bortåt 5 millioner invånare c:a 500 dylika. Alla födelser anmälas dit, hembesökare äro där anställda osv.

Danmark har som bekant fått en ny »Værgeraadsforsorgslov» och ett förslag till »Lov om Tilsyn med Børn» föreligger. Dessa lagar äga åtskilliga goda bestämmelser i hygieniskt avseende, men det har dock från läkarehåll yrkats på förbättringar. Man framhåller (Monrad), att det ej göres tillräcklig skillnad på den kroppsliga vården av de små barnen och uppfostran av de äldre, att det ej talas om upprättande av de så nödvändiga »Plejestationerne», mödrahemmen och barnkrubborna. Det begäres att medicinalstyrelsen erhåller högsta tillsyn över verksamheten för barn under skolåldern.

Slutligen kan erinras om att i *Finland* har efter senaste kriget barnavården varit livligt debatterad och ett nytt lagförslag föreligger, däri bl. a. föreslås obligatoriskt anordnande av rådgivningsstationer, barnkrubbor, barnträdgårdar och daghem å alla orter med mera sammanträngd befolkning. En hela landet omfattande barnavårdsförening har bildats. Den lär f. n. koncentrera sin verksamhet på försök till nedbringande av spädbarnsdödligheten särskilt genom upprättande av kontrollstationer och mödrahem samt anordnande av kurser i barnavård.

Vi se således, hur överallt inom kulturländerna går en medveten strävan att ställa så många späda barn, som därav äro i behov, under en tidig sanitär övervakning, och hur tillvägagångssättet härför blivit i det allra närmaste enahanda i olika länder: barnavårdscentraler, ledda av läkare, vare sig deras namn är Fürsorgestelle, consultation du nourisson, Infant Welfare Centre, Plejestation eller mjölkdroppe. Vid sidan härav har visat sig av vikt att anordna även moderskyddsställen och efter hand barnkrubbor osv., samt sedan även periodisk övervakning av barn i de följande åldrarna.

De förhållanden, som framkallat denna rörelse, torde kunna sammanfattas sålunda. Det har senare tiden, kanske särskilt under och efter kriget blivit klart för det allmänna medvetandet, att barnen, och särskilt de späda, icke från samhällets sida rönt den uppmärksamhet och hänsyn, som de behöva och förtjäna. Ännu har sålunda i allmänhet en åldring på 70 år mindre dödsrisk än ett nyfött barn. Denna stora dödlighet bland spädbarnen beror i de flesta fall på sjukdomar, som borde kunnat undvikas. Så är förhållandet med ett stort antal av de medfödda sjukdomarna, det stora flertalet av näringsrubbingarna, men också med övriga grupper av sjukdomsorsaker. Där t. ex. den omedelbara dödsorsaken är en sjukdom i luftvägarna, betingas ofta den dödliga utgången av rachitis, orsakad av olämplig uppfödning och vård. En huvudsak vid förekommande av överdödligheten hos spädbarn är att bröstuppfödningen bibehålles tillräckligt länge. Mödrar böra hava råd och hjälp, innan de i förtid slutat

amma. Genom sakkunnig regelbunden övervakning vinnes i de flesta fall en fortsatt naturlig uppfödning och förekommas många fel, som hota spädbarnets liv. Efter en del försök i annan riktning har utvecklingen som nämnts överallt slagit in på samma stråt: mottagningar, ledda av läkare, där späda barn av mödrarna uppvisas med vissa mellanrum. Från att hava varit avsedda endast för den fattigare befolkningen stå nu dessa mottagningar i utlandet öppna för den stora allmänheten. Efter att i början vanligen ha uppehållits endast genom bidrag av enskilda, åtnjuta de nu merendels bidrag även av stat och kommun och utveckla en landsomfattande verksamhet.

Sverige.

Givetvis skulle en organisation av denna nu skildrade art vara av största betydelse för barnavården även här i landet. Vi ha ju att glädja oss åt en *relativt* låg barnadödlighet, men den borde kunna ännu avsevärt sänkas och samtidigt sjukligheten minskas. År 1917, det sista för vilket statistik föreligger, var barnadödligheten denna: De dödföddas antal var 2,811. I åldern 0—1 år dogo 7,797 = 6.45 procent av levande födda och 10 procent av alla dödsfall under detta år. I åldern 1—5 år dogo 3,708 = 20 pro mille av de i samma åldersgrupp levande.

Dödsorsakerna voro bl. a.:

Dödsorsak	0—1 år	1—5 år	0—5 år
Bildningsfel och medfödd sjukdom . . .	3 266	82	3 348
Infektionssjukdomar	907	1 702	2 609
därav tuberkulos	232	669	901
» kikhosta	328	248	576
Andningsorganens sjukdomar	1 254	707	1 961
Matsmältningsorganens sjukdomar . . .	1 027	245	1 272
Våldsamt död	103	221	324
därav mord	36	3	39

Denna statistik vittnar ju icke om särdeles väl ordnad förebyggande vård. Vi finna vidare, att medan av levande födda 14.95 procent voro illegitima, av de avlidna spädbarnen ej mindre än 22.50 procent hörde till nämnda kategori. Av utom äktenskapet födda avledo i åldern 0—1 år 9.7 procent, av inom äktenskapet födda 5.9 procent. I Stockholm föddes 1921 28 procent av alla barn utom äktenskapet, men av barn, döda i åldern 0—6 månader, voro 43 procent utom-äktenskapliga.

Dödsorsaker (per 1 000 i samma ålder levande) i åldern 0—1 år bl. a.:

	Inom äkt.	Utom äkt.
Bildningsfel, sjukdomar hos nyfödda	24'64	40'59
Mag- och tarmkatarr	7'10	14'40
Andningsorganens sjukdomar	9'55	15'06
Ärvt syfilis	0'23	1'50
Tuberkulos	1'81	2'55

Över sjukligheten i tidiga åldrar föreligga ju inga omfattande uppgifter, men vi veta, att bland skolbarnen lider en mycket hög procent av kroniska åkomor, som icke kunna anses betydelselösa. En stor del av dessa äro grundlagda långt förut såsom följd av dålig tillsyn.

I Sverige har allt från Rosén von Rosensteins tid vid mitten av 1700-talet och ned till våra dagar bedrivits en omfattande upplysningsverksamhet i barna-

vårdsfrågor. Såsom en ny form för denna ha på sistone ordnats ambulerande kurser, där en ledarinna under ett par dagar på plats efter plats meddelar traktens mödrar grunderna i spädbarnsvård. De läkaremottagningar, varom i detta utlåtande är tal, verka ock såsom auktoritativa upplysningscentra. Men dessutom erhåller där en moder råd angående sitt barn just i det ögonblick, då svårigheter inställa sig. Allmänna regler för späda barns skötsel måste givetvis fortfarande som hittills i möjligaste mån spridas, men de kunna ju icke ersätta ett efter undersökning av ett visst barn avgivet sakkunnigt utlåtande om vad just detta barn för tillfället behöver.

Mjölkdropparna. En viss övervakning av späda barn har i Sverige försökts genom de s. k. mjölkdropparna. Den första mjölkdroppen i Sverige öppnades år 1901 av dr Blumenthal i Stockholm. Den var företrädesvis ett mjölkutskänkningsställe, där färdiga komjölkblandningar på flaskor utdelades till fattiga mödrars späda barn, för vilka läkaren en gång i veckan höll mottagning. Denna mjölkdropsinstitution har sedan spritt sig över landet.

I allt ha här mjölkdroppar anordnats på 27 orter. I 15 av de 18 största städerna med över 18 000 invånare ha sådana grundats, nämligen i Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Hälsingborg, Gävle, Örebro, Jönköping, Uppsala, Borås, Karlskrona, Lund, Landskrona, Karlstad och Halmstad, medan i Västerås, Eskilstuna och Linköping intet åtgjorts. Bland övriga rikets städer med över 10 000 invånare, summa 18, finna vi mjölkdroppar i 7, nämligen i Sundsvall, Kristianstad, Falun, Nyköping, Ystad, Härnösand och Luleå. Bland mindre städer förekomma dylika i Visby, Piteå och Arvika, bland köpingarna i Sundbyberg, bland landskommunerna i Solna. I de större städerna verka flera mjölkdroppar, i Stockholm som i Göteborg ex. 6, och flera ha mottagningar på olika platser, så t. ex. Brännkyrka, Maria och Östermalms i Stockholm samt Solna. Antalet mottagningsställen överstiger därför 40.

På de flesta håll återfinner man i stadgarnas första paragraf följande: »Föreningens ändamål är att till de späda barn, som därav äro i behov, tillhandahålla för dem passande mjölkblandningar». De föreningar, som ännu arbeta efter detta program, föra en tynande tillvaro, flera med endast ett eller annat tiotal inskrivna barn. Tre sådana föreningar ha de sista två åren nedlagt sitt arbete, nämligen i Piteå, Lund och Jönköping. Andra synas stå inför samma eventualitet och ha tillsvidare stängt under sommarmånaderna. Flera mjölkdroppar började emellertid redan snart efter starten att emottaga även bröstbarn just för att leda bröstuppfödningen, hjälpa vid förekommande svårigheter och förekomma en för tidig avvänjning. Så är bl. a. nu förhållandet vid de största mjölkdropparna, nämligen i Stockholm, Göteborg, Malmö, Örebro och Solna. Mjölkköksverksamheten blir på detta sätt relativt taget minskad och minskas än ytterligare, om mödrarna, såsom sedan flera år praktiserats även på några ställen i Sverige, undervisas om hur de i hemmen skola tillaga födan. Av mjölkdroppen utlämnas då färdiga blandningar, endast när dessa på grund av förhållandena i hemmet icke nöjaktigt kunna där beredas eller när s. k. sjukblandningar äro erforderliga. Först när en mjölkdroppe på detta sätt ordnar sin verksamhet, kan verklig effektivitet vinnas i kampen mot spädbarnssjukligheten.

Mjölkdropparna äro icke avsedda för egentlig sjukvårdande verksamhet, men fall kunna givetvis förekomma, särskilt beträffande näringsrubbningarna, då ett fullständigt skiljande av den profylaktiska och den terapeutiska verksamheten icke är möjligt.

Om den nuvarande verksamheten vid mjölkdropparna må ytterligare anföras följande.

Läkaren är överallt närmaste chef för arbetet. På de flesta håll har han säte i mjölkdroppens styrelse och utövar där det bestämmande inflytande, som hans sakkunskap gör naturligt. På några platser har läkaren ej fått säte i styrelsen utan av denna behandlats som en underordnad tjänsteman. På de flesta ställen skötas mjölkdropparna av allmänpraktici, som, besjälade av sociala intressen, oftast själva tagit initiativ till deras bildande. Där tillgång till utbildade barnläkare förefunnits, har såsom i Stockholm, Göteborg och Malmö senare år en tendens kommit till synes att anförtro chefskapet till dem. På enstaka ställen är läkaren alls icke avlönad. På de flesta håll har han en lön, som kan närma sig 25 kronor per mottagning, men vanligen ligger rätt avsevärt därunder. De större beloppen förekomma vid de större mjölkdropparna.

Föreståndarinnan är å de flesta platser sjuksköterska. På somliga har hon därtill barnavårdsutbildning, men på flera ställen saknar hon utbildning ej blott i barnavård utan även i allmän hälsovård. Ett sådant förhållande omöjliggör utvinnande av det bästa arbetsresultatet. Sköterskan åligger att biträda läkaren vid mottagningarna, övervaka eventuell mjölkutskänkning och utföra erforderliga besök i hemmen, vilken sistnämnda del av arbetet överallt anses vara av synnerlig vikt. Den sätter särskilt stora krav på sköterskans personlighet. På en stor del mjölkdroppar uppgår antalet hembesök till föga mer än ett per dag. Maximala antalet är 5 per dag och sköterska. Föreståndarinnans lön växlar upp till 1 750 kronor kontant per år jämte fri bostad och kost. I Arvika förenar samma sköterska befattningen vid tuberkulosbyrå och mjölkdroppe. I Sundbyberg är en vid fattigvården anställd sköterska mjölkdroppsföreståndarinna.

Lokalen utgöres flerstädes av endast för mottagningstiden disponibla två eller tre rum, som antingen gratis upplåtas eller förhyras. Där sköterskans bostad och mjölkdroppens rum äro i samma våning, är köket gemensamt.

Rörande nu behandlade spörsmål specificera vi följande önskemål:

1) Rörande läkare.

Bestämmande inflytande över arbetet. Om möjligt pediatriiskt utbildad. Avlöning så stor, att åt arbetet nödig tid kan ägnas.

2) Rörande föreståndarinna.

Sjuksköterska med någon utbildning i barnavård. (Där förhållandena så medgiva, kan med tjänsten förenas annan närliggande verksamhet.)

3) Rörande lokal.

Minst tre rum: mottagningsrum, väntrum, isoleringsrum. Bostad med kök för föreståndarinnan.

4) Rörande arbetssätt.

Mottagning minst en gång i veckan. Tätare besök av barnen å mottagningen ju yngre de äro. Huruvida mjölkdroppe bör distribuera den ospädda mjölken eller lämna åt mödrarna att inköpa densamma i allmänna handeln, torde få bero på lokala förhållanden.

Barnavårdscentraler. Med lämplig utveckling torde sålunda landets mjölkdroppar kunna bilda stommen till en allmän spädbarnsövervakning genom barnavårdscentraler.

Det största antal barn, som enligt ovanstående plan kan på en gång å en barnavårdscentral effektivt övervakas, är enligt erfarenheter från olika länder ungefär 150. Om flera äro vid samma central inskrivna, såsom fallet på sina

håll är utomlands, blir varje mottagning besökt av så många, att nödig tillsyn ej kan ägnas varje barn. En barnavårdscentral bör giva hjälp och tillsyn åt alla späda barn, som därav äro i behov. Den erfarenhet, vartill nyss refererats, visar, att detta i allmänhet, där en central arbetar effektivt, betyder omkring hälften av alla späda barn. Med dessa premisser — ett antal av 150 barn inskrivna vid centralen, utgörande inemot hälften av årliga antalet födelser på platsen, och under antagande av ett födelsetal av 15—20 per 1 000 invånare, blir resultatet, att en barnavårdscentral bör beräknas på 15- à 20 000 invånare. Stockholm skulle sålunda, efter en central på 20 000 invånare, behöva omkring 20, av vilka över hälften redan äro i verksamhet, Göteborg 10, Malmö 5, Norrköping och Hälsingborg 3, Gävle och övriga 11 städer med över 20 000 invånare 2, alla större städer tillsammans 65.

Då vägen till centralen ej kan vara alltför lång, måste densamma förläggas till ort med sammanträngd befolkning. Ett invånarantal av 3,000 skulle med födelsetalet 20 och 50 procents deltagande giva 30 barn inskrivna vid centralen, d. v. s. högst 15 barn besökande varje mottagning, om denna hålles varje vecka. För mindre antal barn torde central icke behöva inrättas. Antalet samhällen i landet med 3,000—20,000 invånare var den 1/1 1922 87. Önskvärda antalet barnavårdscentraler i Sverige blir med denna beräkning $65+87=152$. Antages åter en central böra bildas först, när ett samhälle har mer än 5 000 invånare, motsvarande ett antal inskrivna barn av 50, blir önskvärda antalet barnavårdscentraler $65+60=125$, icke fullt tre gånger antalet redan nu verksamma mjölkdroppsställen. Detta senare antagande har stora skäl för sig särskilt med hänsyn till den under de senare åren starkt sjunkande nativiteten. I barnavårdslagen bör således införas den bestämmelsen, att barnavårdsnämnd må verka för att å orter med en befolkning av minst 5 000 invånare upprättas barnavårdscentral. För orter med 3 000 till 5 000 invånare bör upprättandet av sådan central bero på särskild prövning.

Nya barnavårdscentraler torde överallt, där så ske kan, böra inrättas i anslutning till barnsjukhus, ev. barnavdelningar vid lasarett, och barnpolikliniker. Därigenom vinnes dels lämpliga lokaler, för vilka hyran ofta torde kunna sättas låg, dels och framför allt fördelen av helt eller delvis gemensam personal (läkare, sköterska m. fl.).

Det har framkastats tanken på regelbunden periodisk läkareundersökning av vissa kategorier av även landsbygdens barn. Det förefaller naturligt att låta läkaren vid ovannämnda centraler, belägna i samhällen med sammanträngd befolkning, ägna tillsyn även åt kringliggande landsbygds barn och att låta sköterskan efter viss plan avlägga hembesök hos dem. På så sätt skulle barnavårdscentralen bli till nytta icke blott för de späda barn, som bo inom ovannämnda samhällen. För de områden, som ligga utom en centrals räckhåll, får man tänka sig tillsynen ordnad genom anlitande av de sjuksköterskor, som kunna finnas tillgängliga, under ledning av vederbörande tjänstläkare. Denne bör också, då tid och omständigheter medgiva, kunna själv direkt deltaga i detta övervakningsarbete.

Från barnavårdscentralerna böra de å sid. 95 nämnda demonstrationskurserna i barnavård kunna utgå till kringliggande landsbygd.

Ekonomi. Kostnaderna för de nuvarande mjölkdropparna variera betydligt allt efter arbetssätt, storlek och den utsträckning, i vilken understöd lämnas, såsom framgår av följande utdrag ur några olika mjölkdroppars utgiftsstat år 1921.

Brännkyrka mjölkdroppe, Stockholm.

Antal barn 281. Antal mottagningar per vecka 3½ å tre olika platser.

Utgifter:

hyra	1 960: —
löner och matpengar	6 863: —
läkarearvode	3 216: 67
inventarier	369: 56
värme och lyse	1 185: 20
diverse	1 637: 79

summa omkostnader kronor	15 232: 22
mjölk (sedan inkomsten av utskänkningen frändragits)	10 195: 77
ampremier (hälsovårdsnämndens understöd)	7 643: 01

Summa kronor 33 071: —

Maria mjölkdroppe, Stockholm.

Antal barn 141. Antal mottagningar per vecka 3 å två olika platser.

Utgifter:

hyra	850: —
löner och matpengar	3 925: —
läkarearvode	900: —
inventarier	554: 17
värme och lyse	966: 55
diverse	1 195: 01

summa omkostnader kronor	8 390: 73
mjölk m. m. (sedan inkomsten av utskänkningen frändragits)	2 651: 27
ampremier (hälsovårdsnämndens understöd)	6 176: 25

Summa kronor 17 218: 25

Hälsingborgs mjölkdroppe (endast för flaskbarn).

Antal barn 112. Två mottagningar i veckan.

Utgifter:

hyror	800: —
avlöningar	6 277: 50
inventarier	202: 05
värme och lyse	277: 95
andra omkostnader	1 720: 26

Summa omkostnader kronor	9 277: 76
mjölk m. m. (sedan inkomsterna av utskänkningen frändragits)	6 803: 28

Summa kronor 16 801: 04

Arvika mjölkdroppe (endast för flaskbarn).

Antal barn 20. En mottagning varannan vecka.

Utgifter:

mjölkdroppsverksamheten	2 440: —
diverse	139: 15

Summa kronor 2 579: 15

Till dessa siffror må följande anmärkningar fogas. De ligga högre än siffrorna för år 1922, som emellertid icke alla varit oss tillgängliga. Angående utgifterna för mjölkutskänkningen hänvisas till vad ovan är sagt om denna del av verksamheten som mindre väsentlig. Amningsunderstöd böra ges endast då det gäller verkligt behov.

Att med ledning av siffror som de nu lämnade beräkna kostnaderna för barnavårdscentraler av olika storlek är icke lätt. Det måste beaktas att löner och kanske även andra utgiftsposter komma att visa tendens till stegring, sedan verksamheten fått en fast ekonomisk ryggrad. Högre än till 10,000 kronor torde emellertid icke utgifterna för en större central behöva beräknas. Årliga kostnaderna för hela verksamheten skulle då en gång i framtiden, när schemat vore fullständigt genomfört (125 centraler), kosta landet inemot en miljon kronor och staten, även om den bestrede en tredjedel av kostnaderna, omkring 300,000 kronor. Detta måste anses vara en ringa summa för en verksamhet av den vikt och omfattning, varom här är fråga. Dessa utgifter för de späda barnen torde direkt på flera sätt komma samhället till godo, så t. ex. såsom minskning i utgifterna för sjukvård och bortfallande av dubbelinspektion.

Vi påpeka, att här icke är fråga om att i ett slag framskapa en fullt färdig organisation. Det gäller endast att skapa förutsättningar för en lycklig utveckling. Erfarenheten från utlandet visar, att om utvecklingen tidigt ledes i rätt riktning, stora summor sparas och många olägenheter förekommas.

Enskild insats. Det enskilda initiativet har i det personliga arbetet på platsen att göra själva huvudinsatsen, utan vilken det hela skulle stanna på papperet. Medarbete av ett antal socialt intresserade personer är sålunda oundgängligt. Sådant biträde bör i första hand sökas av redan existerande föreningar, Svenska Röda Korset, Husmoderföreningar m. fl. Formerna för det så nödvändiga samarbetet torde ej vara svåra att finna.

Fosterbarn. En kategori av barn, för vilka övervakningen borde vara ej fakultativ utan obligatorisk, är de späda fosterbarnen. Den kommunala tillsynen av dessa barn är, såsom varje initierad vet, otillfredsställande. Detta kan icke läggas den nuvarande fosterbarnsinspektionen till last. Vid tillsynen av yngre barn men alldeles särskilt av spädbarn måste dock hälsovårdssynpunkten sättas i främsta rummet, vilket hittills ej alltid skett. Där nu en barnavårdscentral enligt skisserad plan förefinnes å en plats, är den med sin läkarekontroll och sin hembesökarska liksom skapad för tillfredsställande tillsyn av späda fosterbarn. Redan har förekommit att fosterbarnsnämnd överlämnat denna tillsyn till mjölkdroppe. I den nya barnavårdslagen, som för närvarande är under överarbetning, bör införas en bestämmelse, att tillsynen av de späda barn, som enligt lag skola åtnjuta sådan av offentlig myndighet, skall överlämnas till barnavårdscentral, där dylik finnes. På så vis göres ock en besparing.

Barnens ålder. Fråga är, om icke denna tillsyn av fosterbarnen från barnavårdscentralens sida bör, såsom redan på sina håll sker, utsträckas till fyllda två år. Lämpligen torde ock andra barn än fosterbarn, som därav äro i behov, framför allt klena barn, där få fortsätta även under andra året.

Mödrars underrättande. Födelsers anmälan. En förutsättning för att största möjliga antal barn, som så behöva, komma under övervakning vid en barnavårdscentral, är att denna så tidigt som möjligt kommer i förbindelse med modern. I städer med barnbördshus kunna mödrar, som där förlösas, före utskrivningen erhålla meddelande om centralens verksamhet. För övrigt måste detta

meddelande ske genom direkt hänvändelse till modern från centralen. Förut-sättning härför är, att ett meddelande om barnets födelse på ett eller annat sätt kommer centralen till handa. Detta är svårt att få genomfört under nuvarande förhållanden, då anmälan om barns födelse i vårt land är synnerligen otillfredsställande ordnad. Endast barn utom äktenskapet bli (enligt barnmorske-reglementet av år 1919) inom tre dagar efter födelsen hos pastor anmälda. Barn inom äktenskapet skola (enligt K. förordn. av år 1887) av föräldrar eller vårdare inom sex veckor efter födelsen till pastorsämbetet anmälas. Mångenstädes dröjer denna anmälan månader och år, ja man finner skolpliktiga barn, som för den officiella myndigheten, tack vare utebliven anmälan, icke existera.

I utlandet har på åtskilliga håll införts anmälan om barns födelse till hälsovårdsmyndighet. I England finnes en särskild lag, som bestämmer, att varje barns födelse, även det dödföddas, skall inom 36 timmar till hälsovårdsmyndighet anmälas. Liknande anmälan är numera ordnad i Sachsen direkt till barnavårdscentralen.

Väntande mödrar. I vårt land är ännu alltför litet åtgjort för de ännu icke födda barnen och deras mödrar. Behovet av åtgärder vitsordas hos oss som överallt av det stora antal barn, som födas för tidigt, som visa medfödd svaghet, som före födelsen, vid födelsen eller i första månaden avlida. I var och en av dessa klasser röra vi oss med sjukdomsorsaker, som till en del kunna med sakkunnig hjälp undanröjas. Detta har ock såsom nämnts utomlands lett till bildande av mottagningar för väntande mödrar, oftast i samband med barnavårdscentral. En sådan mottagning borde även hos oss å varje barnavårdscentral anordnas.

Önskemål. Såsom önskemål skulle vi vilja sammanfattande framföra följande:

1. Redan existerande mjölkdroppar ombildas allmänt till övervakningsställen för de späda barn, som därav äro i behov (barnavårdscentraler).
2. Å de platser med sammanträngd befolkning av minst 5,000 invånare, som sakna mjölkdroppe, öppnas barnavårdscentraler, där spädbarn undersökas och mödrar erhålla råd och upplysning. Å samma ställe lämnas råd och upplysning åt väntande mödrar.
3. Nya barnavårdscentraler inrättas, där så ske kan, i anslutning till barnsjukhus och barnpolikliniker.
4. Vid sådan barnavårdscentral tjänstgöra läkare och sköterska, vilka helst båda böra hava utbildning i barnavård.
5. Kostnaderna fördelas på lämpligt sätt mellan stat och landsting samt kommun eller inom kommun verksam privat sammanslutning.
6. I barnavårdslagen införes en bestämmelse av innehåll, att å orter med sammanträngd befolkning av minst 5,000 invånare barnavårdsnämnd må verka för att, där så lämpligen ske kan, barnavårdscentral upprättas, och att kostnaderna vid sådan central till en del bestridas av staten.
7. I det fall, där späda barn enligt lag skola åtnjuta tillsyn av offentlig myndighet, utövas denna tillsyn genom barnavårdscentral, där sådan finnes. Bestämmelse härom införes i lagen.
8. Anmälan om de i punkt 7 nämnda barns födelse ingår inom bestämd tid till hälsovårdsmyndighet. Bestämmelse härom införes i lagen.

Stockholm den 2 juni 1923.

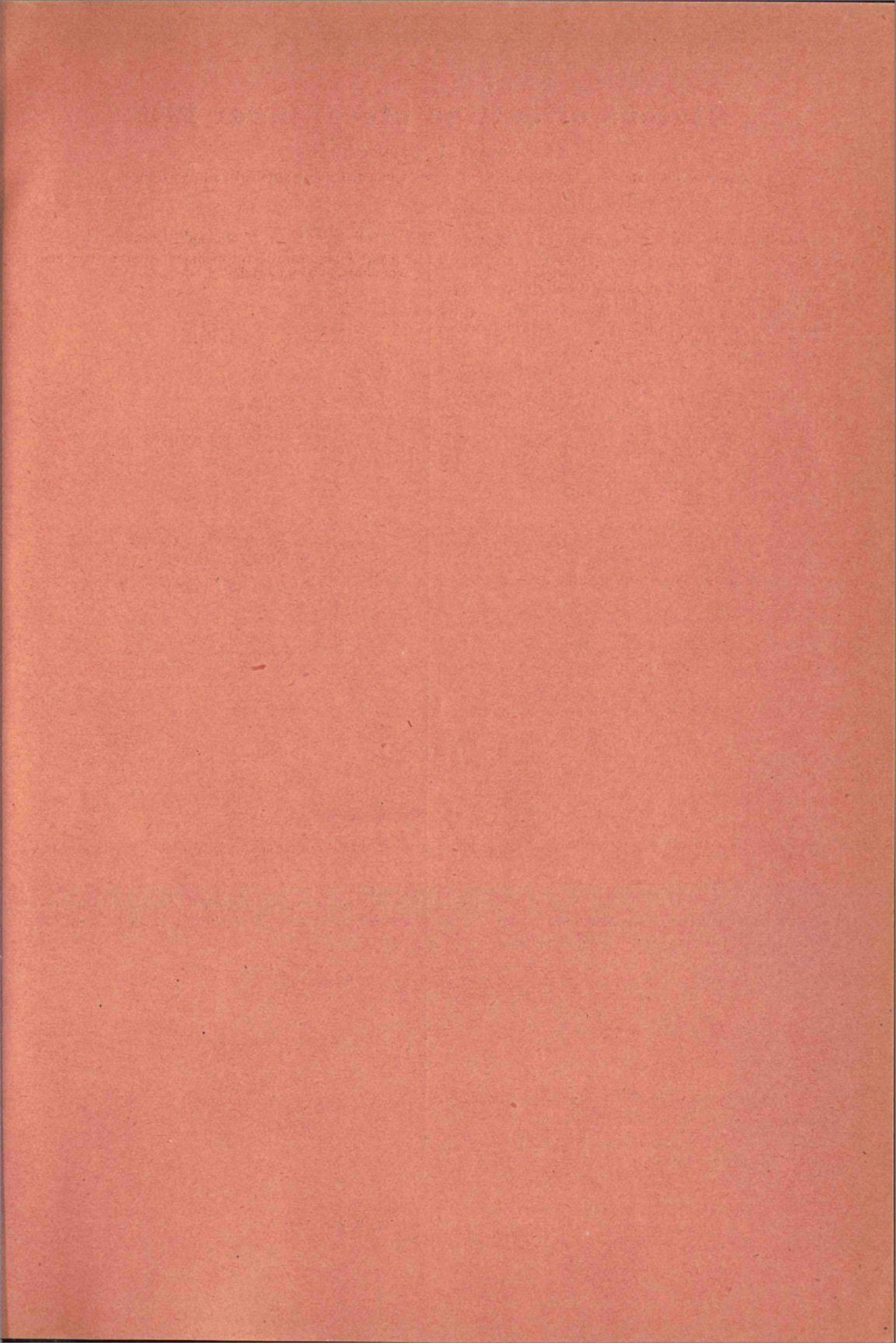
Hj. Fries.

C. Hulting.

A. Höjer.

A. Lichtenstein.

G. Stéenhoff.



Statens offentliga utredningar 1935

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Betänkande med förslag ang. åtgärder mot statsfientlig verksamhet. [8]
Yttranden över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. [13]
Lagberedningens förslag till lag om skuldebrev m. m. [14]
Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. [15]
Betänkande med förslag till lag om arbetsavtal. [18]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Förslag till ändrade bestämmelser rörande allmänna handlingars offentlighet. [5]
Yttrande och förslag rörande tjänstgöringsbetyg som av länsstyrelserna utfärdas. [17]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Betänkande med förslag rörande lån och årliga bidrag av statsmedel för främjande av bostadsförsörjning för mindre bemedlade barurika familjer jämte därtill hörande utredningar. [2]
Kortfattad framställning av organisationssakkunnigas betänkande med utredning och förslag rörande den samhälleliga hjälpverksamhetens organisation m. m. [8]
Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Åtgärder mot arbetslöshet. [6]
Konjunkturuppsvingets förlopp och orsaker 1932—1934. [16]

Hälsö- och sjukvård.

Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag ang. förebyggande mödra- och barnavård. [19]

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Betänkande med förslag ang. åtgärder för spannmålsodlingens stödjande. [1]
Promemoria ang. tillsynen över fastighetsregistreringen och fastighetsbildningen. [4]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Betänkande med förslag till omorganisation av den högre skogsundervisningen. [9]

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Teknisk-ekonomiska utredningar rörande vägväsendet. Del 2. Broar. [7]
Betänkande med förslag till förordning ang. allmän automobiltrafik. [12]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Utredning och förslag ang. rundradion i Sverige. [10]
Betänkande med utredning och förslag ang. inrättande av en statsvetenskaplig examen. [11]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.