



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1935:33
SOCIALDEPARTEMENTET



KUNGL. MEDICINALSTYRELSENS
UTLÅTANDE OCH FÖRSLAG

ANGÅENDE

STATSUNDERSTÖDD DISPENSÄR-
VERKSAMHET

Utgivet den 28 juni 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 samhälleliga 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, 338, 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.**
20. Grunder för kollektiv och individuell pensionsförsäkring. Beckman. (2), 24 s. **H.**
21. Utredning angående införande av ett dagordningsinstitut m. m. Norstedt. 98 s. **Ju.**
22. Utredning och förslag rörande frågan om avgift för hemlån av böcker från bibliotek. Hæggström. 59 s. **E.**
23. Betänkande med förslag till motorfordonsförordning och vägtrafikstadga m. m. Idun. 202 s. **K.**
24. Betänkande med förslag till ändrad organisation av den statliga verksamheten för bekämpande av olovlig införsel av spritdrycker m. m. Marcus. 193 s. **Fi.**
25. Förslag till nya avlöningsbestämmelser för icke ordinarie befattningshavare inom den allmänna civilförvaltningen. Marcus. 42 s. **Fi.**
26. Betänkande med förslag rörande det svenska naturskyddets organisation och statliga förvaltning. Uppsala, Almqvist & Wiksell. 197 s. **E.**
27. Betänkande med förslag till ändring i vissa delar av upphandlingsförordningen. Marcus. 55 s. **Fi.**
28. Utredning med förslag om egnahemskonsulenter hos hushållningssällskapen. Lindström. 88 s. **Jo.**
29. Betänkande angående husdjursförsöksverksamhetens organisation. Marcus. 75 s. **Jo.**
30. Berättelse över statens spannmålsnämnds verksamhet m. m. under år 1934. Marcus. 62 s. **Jo.**
31. Betänkande med förslag till lag om domkapitel m. m. Hæggström. 151 s. **E.**
32. Jordbrukskreditutredningen. Betänkande med förslag till förordning om jordbrukets kreditkassa m. m. Marcus. 132 s. **Jo.**
33. Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående statsunderstödd dispensärverksamhet. Marcus. 54 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.** = eklektiskdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet. Enligt kungörelsen den 3 febr. 1922 ang. statens offentliga utredningars yttre anordning (nr 98) utgivas utredningarna i omslag med enhetlig färg för varje departement.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1935:33

SOCIALDEPARTEMENTET



KUNGL. MEDICINALSTYRELSENS
UTLÅTANDE OCH FÖRSLAG

ANGÅENDE

STATSUNDERSTÖDD DISPENSÄR-
VERKSAMHET

Ägivet den 28 juni 1935



STOCKHOLM 1935

ISAAC MARCUS BOKTRYCKERI-AKTIEBOLAG

853342





RECEIVED

OFFICE OF THE

SECRETARY OF THE

NAVY

STATISTICAL

SECTION

WASHINGTON, D.C.

NOV 10 1918

1000 MARKET STREET, PHILADELPHIA, PA.

STATION OFFICE, 1000 MARKET STREET, PHILADELPHIA, PA.

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



TILL KONUNGEN.

Genom brev den 24 maj 1929 anbefallde Eders Kungl. Maj:t medicinalstyrelsen att inkomma med yttrande och förslag i anledning av ett den 12 april samma år av styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberku-

los till dåvarande statsrådet och chefen för socialdepartementet överlämnat, genom föreningens försorg utarbetat betänkande, innehållande utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige.

Medicinalstyrelsen har ansett sig *dels* genom den 23 juni 1934 i ärendet avgivet utlåtande, *dels* genom utlåtande den 7 december nyssnämnda år över statens sjukvårdskommittés betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket jämte vissa därmed sammanhängande spörsmål hava avgivit det infordrade yttrandet och förslaget, i vad detsamma avsåge den slutna vården av såväl lungtuberkulos som kirurgisk tuberkulos och därjämte — i vissa delar — barntuberkulosens förebyggande och bekämpande (barnavdelningar vid sanatorier, vårdhem, sommarhem). För styrelsen återstår sålunda i huvudsak att till Eders Kungl. Maj:t inkomma med yttrande och förslag över kapitel IV, om dispensärverksamheten, (sid. 141—162) i nationalföreningens betänkande.

I skrivelse till Eders Kungl. Maj:t den 4 maj 1933 framlade styrelsen förslag till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m. (tryckt i statens off. utr. 1934:9) och i skrivelse den 25 januari 1935 föreslog styrelsen visst tillägg till övergångsbestämmelserna till sistberörda förslag. Styrelsen framhöll, att genomförandet av dess förslag skulle möjliggöra en viss omorganisation av dispensärvården och att ett förslag skulle utarbetas till delvis nya riktlinjer för dispensärvårdens framtida utveckling.

På därom av styrelsen gjord hemställan bemyndigade Eders Kungl. Maj:t genom brev den 12 januari 1934 styrelsen att tillkalla en lasarettsläkare och en sanatorieläkare att såsom sakkunniga biträda vid utredning av frågan om nyssnämnda omorganisation och därmed sammanhängande spörsmål. Till sakkunniga utsåg styrelsen genom beslut den 8 februari 1934 f. d. lasarettsläkaren Ludvig Emil Hedlund och sanatorieläkaren vid Västernorrlands läns sanatorium vid Sundsvall Anton Hjalmar Elof Forsheim.

I ovanberörda utlåtande den 23 juni 1934 nämndes, att en fortsatt utredning om dispensärverksamheten påginge inom styrelsen. Härjämte förmälde styrelsen, att under detta arbete ett närmare ståndpunktstagande komme att ske till de i nationalföreningens betänkande framförda förslagen. Styrelsen anhöll därför, att dess yttrande angående sagda betänkande i denna del måtte få innefattas i redogörelsen för här ifrågavarande utredning.

Här må vidare nämnas, att Eders Kungl. Maj:t genom beslut den 12 december 1930 till styrelsen överlämnat en framställning från överstyrelsen för Svenska Röda Korset för att, i vad anginge statsbidrag till drift vid hemmen för friska barn från tuberkulösa familjer, tagas i övervägande vid fullgörande av uppdraget att avgiva utlåtande över nationalföreningens ovanberörda betänkande.

Därjämte har statsrådet och chefen för socialdepartementet genom re-

miss den 12 januari 1934 anmodat styrelsen att avgiva yttrande över en av svenska sanatorieläkarföreningen gjord framställning med anledning av styrelsens förberörda skrivelse den 4 maj 1933, i vad densamma avsåge omorganisation av dispensärvården.

Styrelsen anhåller nu att få avgiva redogörelse för den med biträde av förenämnda sakkunniga verkställda utredningen angående förslag till viss omorganisation av dispensärvården och därmed sammanhängande spörsmål. Denna utredning återopas i tillämpliga delar såsom utlåtande över de i ovanberörda remisser gjorda framställningarna.

Som styrelsen redan i utlåtandet den 23 juni 1934 berört, hade styrelsen inhämtat yttranden över nationalföreningens betänkande från åtskilliga läkarsammanslutningar, direktorer för tuberkulossjukvårdsanstalter och dispensärstyrelser samt styrelser för länsföreningar mot tuberkulos. I enlighet med av Eders Kungl. Maj:t givet bemyndigande kallade styrelsen till ett möte för diskussion rörande sagda betänkande förste provinsialläkarna i riket samt vissa förste stadsläkare ävensom medlemmarna av nationalföreningens tuberkulosutredningskommitté och representanter för tuberkulossjukvården inom landets olika delar. Sedan mötet hållits den 3 och 4 februari 1930 befordrades till trycket *dels* en sammanfattning av de till styrelsen insända yttrandena över betänkandet, *dels ock* ett genom styrelsens försorg över mötets förhandlingar fört protokoll. Till Eders Kungl. Maj:t överlämnas ett exemplar av nämnda tryck, vari sidorna 8—9 samt 86—107 behandla dispensärfrågan.

Orienterande upplysningar. Under den tid, som förflutit efter nyssberörda möte, har tack vare i främsta rummet statliga utredningar ett omfattande arbete utförts ifråga om förebyggande hälsovård eller s. k. socialhygienisk verksamhet, av vilken dispensärbetet utgör en betydelsefull del. Det vore felaktigt, om man vid utarbetande av förslag till omorganisation av dispensärvården icke även beaktade de socialhygieniska åtgärder som i samband med nyss nämnda utredningar föreslagits, i den mån dylika åtgärder i ett eller annat avseende hava gemenskap med dispensärbetet.

Dispensärbetet, i den mening det här tages, kan betecknas såsom ett arbete till förebyggande av tuberkulos och uppspanande av tidiga tuberkulosfall för att snarast möjligt kunna återställa de sjuka till hälsa eller arbetsförmåga eller åtminstone överföra dem i ett icke smittfarligt tillstånd. Det framgår av vad här sagts angående dispensärbetets natur, att, såvitt man nu känner till tuberkulosens spridningssätt, detta arbete i väsentliga delar måste sammanfalla med ett arbete för folkhälsan i allmänhet. Det torde därför vara nödvändigt att se dispensärbetet såsom i mycket väsentliga delar sammanfallande med den socialhygieniska verksamhet, som syftar till en sundare levnadsstandard, en förbättrad bostadshygien, ett bättre tillgodosett moderskapsskydd, en förbättrad vård och tillsyn av barnet icke blott i dess späda ålder utan även i förskolåldern och skolåldern. Alltsedan na-

tionalföreningens betänkande avgavs, hava som ovan nämnts på samtliga dessa områden olika utredningsarbeten offentliggjorts. I skilda stycken hava dessa varit föremål för statsmakternas prövning. Bland de sålunda avgivna utredningarna torde, förutom förslaget till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m., särskilt böra nämnas betänkande angående moderskapsskydd, avgivet den 26 sept. 1929, (statens off. utr. 1929: 28), skolöverstyrelsens utredning och förslag angående anslag till kostnader för regelbundna läkarundersökningar vid folk- och småskolor den 12 september 1931, betänkande med förslag rörande ändringar i vissa delar av hälsovårdsstadgan, anordnande av bostadsinspektion på landsbygden m. m., avgivet den 15 december 1933 av bostadsutredningen för landsbygden, (statens off. utr. 1933: 37), ävensom medicinalstyrelsens skrivelse till Eders Kungl. Maj:t den 17 oktober 1934 angående anslag till tjänsteläkarkurser i socialmedicin och socialhygien under budgetåret 1935/1936.

Vid övervägande av frågan om lämpligt organ för handhavandet av den rådgivande, upplysande och övervakande verksamheten i avseende å landsbygdens bostäder säger bostadsutredningen i nyssnämnda betänkande sig redan tidigt haft uppmärksamheten riktad på distrikts- och dispensärsköterskorna samt funnit det antagligt, att nämnda befattningshavare skulle på ett effektivt och samtidigt smidigt sätt kunna utföra den ifrågasatta verksamheten. Dock syntes det bostadsutredningen, att ett rationellt tillvaratagande av möjligheterna för sköterskornas användning på detta område knappast kunde ske med den nuvarande organisationen av distriktsvården och dispensärväsendet. Under framhållande av att det vore utredningen bekant, att inom medicinalstyrelsen vore under övervägande frågan om ändring i nämnda organisation, syftande till bland annat ökade möjligheter att använda sköterskorna i den allmänna hygienens och den förebyggande vårdens tjänst, hemställde bostadsutredningen i skrivelse till styrelsen den 29 februari 1932 om styrelsens medverkan till en undersökning rörande möjligheten av att distrikts- och dispensärsköterskornas arbete jämväl skulle kunna omfatta en fortlöpande bostadsövervakning på landsbygden.

Av hänsyn till viss då pågående försöksverksamhet angående lämplig organisation för moderskapsskydd och barnavård hade styrelsen haft för avsikt att först sedan denna fråga utretts framlägga ett förslag till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning av distriktsköterskor m. m. Emellertid avlämnades sistnämnda förslag redan under år 1933 — närmast av den anledningen, att bostadsutredningen förklarat sig icke kunna fortsätta sitt arbete, förr än styrelsens förslag idenna del vore utarbetat. Den korta tid, som då stod till förfogande, hindrade emellertid styrelsen att samtidigt närmare behandla frågan om dispensärvården.

Av innehållet i styrelsens nyssberörda förslag torde här böra framhållas följande.

Enligt förslaget skulle, i motsats till vad nu är förhållandet, statsbidrag till distriktssköterskas avlönande utgå endast till landsting. Statsbidrag skulle i allmänhet endast utgå till avlönande av distriktssköterska, vars tjänstgöring omfattade såväl upplysande och rådgivande verksamhet i avseende å barnavård, bostadsvård och hälsovård jämte övriga grenar av förebyggande vård, som ock all sådan sjukvård, som kunde utövas i hemmen. För att möjliggöra handhavandet av dessa arbetsuppgifter borde distriktssköterskans tjänstgöringsområde helst icke omfatta mer än 3 000 invånare. Därjämte uttalade sig styrelsen för att för vård av långvarigare sjukdomsfall s. k. ambulerande sjuksköterskor måtte tillsättas inom varje landstingsområde. I syfte att kunna göra denna distriktssköterskeinstitution anpasslig, såväl efter olika områden i vårt land som ock med hänsyn till särskilda krav å vissa vårdgrenar, föreslogs, att under viss förutsättning statsbidrag ock måtte beviljas för anställande av distriktssköterska, vars tjänstgöring omfattade allenast viss eller vissa grenar av sådan vård, som här ovan angivits. Ledningen av distriktsvården inom varje distriktsvårdsområde skulle utövas av en på visst sätt sammansatt distriktsvårdsstyrelse. Nu nämnda form av distriktsvård vore för närvarande icke avsedd att göras obligatorisk. Landsting, som anordnat distrikts- och dispensärvård enligt nu gällande bestämmelser, skulle äga rätt att fortfarande uppbära statsbidrag enligt desamma. Till de landsting åter, vilka önskade åtnjuta statsbidrag till distriktsvård enligt den nya kungörelsen, skulle dock statsbidrag icke utgå till sköterska i dispensärvård, anordnad enligt nuvarande författning. Genom en särskild tilläggsbestämmelse har emellertid avsetts att skapa möjligheter för landsting att under en viss tid, under vilken landstinget åtnjuter förmånen av statsbidrag till distriktssköterska enligt den nya kungörelsen, jämväl åtnjuta statsbidrag enligt nu gällande belopp för sköterska, anställd vid förefintlig dispensärverksamhet.

Såsom ovan berörts har styrelsen förordat, att i distriktssköterskornas åligganden borde ingå bostadstillsynen å landsbygden och socialhygienisk verksamhet i fråga om barnavården samt, då så kunde visa sig nödigt, även i fråga om den förebyggande moderskapsvården. Styrelsen anser för sin del det vara till fördel, att, då det gäller landsbygden, de socialhygieniska åligganden, som *av skilda anledningar* kräva besök i hemmen, i största möjliga utsträckning förenas på en hand i stället för att uppdelas på särskilda befattningshavare. Vad däremot beträffar städer och mera tätbebyggda områden kunna förhållandena ligga annorlunda till.

Beträffande denna fråga att på en hand förena ifrågavarande socialhygieniska uppgifter har styrelsen i sin ovanberörda skrivelse den 4 maj 1933 (statens off. utr. 1934: 9, sid. 11—13) bland annat anfört följande.

»*Möjligheter att förena distrikts- och dispensärvård.* Den socialhygieniska utbildningen är, såsom förut berörts, numera gemensam för dispensär- och distriktssköterskorna. Många viktiga arbetsuppgifter äro jämväl gemensamma. Båda dessa grupper av sjuksköterskor skola ägna sin uppmärksamhet åt barnavården och därvid giva råd och anvisningar. Detsamma är förhållandet med bostadsvården. Dispensärsköterskornas verksamhet avser visserligen sådana hem, där tuberkulos förekommer eller misstänkes förekomma, men de åtgärder, sjuksköterskorna härvidlag hava att vidtaga, falla samtliga inom socialhygienens områden. I dispensärsköterskornas åligganden ingå vissa sjukvårdsuppgifter beträffande sådana lungsiktiga, som av en eller annan anledning vårdas i hemmen. Jämlikt i vissa län gällande instruktioner skola dispensärsköterskorna, då deras tid så medgiver, tillhandagå allmänheten med hjälp och vård även för andra sjukdomar än tuberkulos. I andra län åter är detta förbjudet, såvitt ej dispensärledningens tillstånd inhämtas för varje särskilt fall. För den sjukes vård erforderliga åtgärder beträffande bostäder, understöd, intagning på sjukvårdsinrättning och dylikt ingå i såväl dispensär- som distriktssköterskornas åligganden. Någon djupare artskillnad mellan de båda sjuksköterskegruppernas arbete än den, att dispensärsköterskornas arbete väsentligen är riktat på en viss sjukdom, tuberkulosen, under det att distriktssköterskornas arbetsfält är vidare och omfattar alla sjukdomar, föreligger emellertid icke. I detta sammanhang må erinras därom, att i Norrbottens län sedan flera år dispensär- och distriktsvårdsuppgifterna i viss omfattning ombesörjas av samma funktionärer.

Enär det framstår såsom önskvärt, att antalet av de för hygienien verk samma befattningshavare, som besöka hemmen, begränsas, har medicinalstyrelsen övervägt möjligheten att i än större omfattning hos en befattningshavare förena samtliga de åligganden inom hälso- och sjukvården jämte tuberkulosvården för vilka här ovan redogjorts.

En sådan förenig av dispensär- och distriktsskötersketjänsterna kan visserligen tänkas medföra, att det förebyggande tuberkulosarbetet i viss mån får stå tillbaka i och för tillgodoseendet av andra hithörande uppgifter. Faran härför kunde antagas bli större i de län, där tuberkulos mest förekommer. Emellertid visar erfarenheten från Norrbottens län, där lungsotsfrekvensen är den största i riket, att dispensärsköterskornas arbetsuppgifter väl kunna förenas med distriktssköterskornas åligganden utan väsentligt förfång för de förra. Styrelsen vill dock icke göra gällande, att erfarenheterna från nämnda län helt undanröja farhågan att, där stark lungsotsfrekvens förefinnes, en sammanslagning av nämnda art kan bli ett men för den ena eller andra vårdgrenen. — — — I vissa andra län i rikets södra del, — — — torde därest icke några oberoende förändringar i tuberkulosens frekvens uppkomma, dispensär- och

distriktsvården kunna ombesörjas av samma funktionärer utan att likväl några arbetsuppgifter kunna antagas bli lidande.

En av huvudförutsättningarna för att dispensär- och distriktsvården lämpligen skall kunna förenas hos en och samma sjuksköterskegrupp är, att ledningen för dispensär- och distriktsvården inom ett distrikt ligger hos samme läkare. Enligt nu gällande bestämmelser står distriktssköterskan i sin tjänstgöring under vederbörande provinsialläkares förman-skap, under det att dispensärläkaren är dispensärsköterskans förman. Då i samtliga län i riket, utom Hallands och Älvsborgs län, provinsial-respektive extra provinsialläkare i stort sett tjänstgöra inom dispensär-vården, torde svårigheter ej möta för en sådan anordning. I Hallands och Älvsborgs län åter, där ledningen av dispensärens verksamhet, även vad arbetet ute bland befolkningen inom dispensärområdet — fältarbetet — beträffar, centraliserats — i Hallands län med en läkare för hela verk-samheten och i Älvsborgs län med förste provinsialläkaren och sanatorie-läkarna inom landstingsområdet — stöter den ifrågasatta föreningen på vissa svårigheter.

Vad ovan anförts torde giva vid handen, att distrikts- och dispensär-vårdsarbetet bör organiseras efter följande huvudlinjer:

1) De åligganden som tillkomma dispensär- och distriktssköterskor böra, i den mån så lämpligen ske kan, förenas hos en och samma sjuk-sköterskegrupp.

2) Den förenade dispensär- och distriktssköterskeverksamheten skall, såvitt icke särskilda förhållanden annat föranleda, omfatta sjukvård, förebyggande vård ävensom dispensärvård.

3) Den förebyggande vården skall omfatta barnavård i såväl spädbarns-, kolt- och lekåldern som skolåldern, moderskapsvård, i den mån den-samma icke utövas av barnmorska, bostadsvård samt personlig hälsovård.

4) Behovet av hemvård vid sådana långvariga sjukdomsfall, som fordra ständig övervakning och vård av sjuksköterska, bör tillgodoses genom an-ställande av ambulatoriska sjuksköterskor.»

I ett särskilt, ovanberörda skrivelse den 4 maj 1933 bilagt yttrande hade en av de i handläggningen av ärendet deltagande ledamöterna, medicine doktorn Gustaf Neander framhållit, att synnerlig varsamhet borde iakt-tagas vid sammanslagningen av dispensär- och distriktssköterskeverk-samheten samt att dylik sammanslagning icke borde förekomma annor-städes än i de sjukvårdsområden, där tuberkulosdödligheten visat sig vara låg, förslagsvis högst såsom medeltal för senaste femårsperiod 1 på 1 000 invånare per år räknat, medan i övriga områden särskilda dispensärsköterskor tills vidare borde bibehållas. Dessutom förordades inrättandet i varje län av s. k. centraldispensärer (i det följande be-nämnda A-dispensärer), utrustade med röntgeninstallation och ledda av läkare med sanatorieläkarkompetens i syfte att öka dispensärverksam-hetens resurser för kvalificerad diagnostik av tuberkulosfall.

Grundtanken i styrelsens ovan återgivna yttrande är sålunda den, att en förening av dispensärarbete och distriktsvårdsarbete bör vara huvudregeln, för så vitt icke särskilda förhållanden föranleda undantag därifrån. Härmed avses emellertid ingalunda den del av dispensärarbetet, som skulle utövas vid de nyss nämnda A-dispensärerna, utan endast den del av sagda arbete, som vore avsett att omfatta endast det s. k. fältarbetet, vilket arbete skulle komma att åvila nedan omförmälda lokala dispensärer. För att förebygga varje missförstånd anser styrelsen sig redan här böra meddela, att den befattning, som vederbörande tjänsteläkare hittills i det stora flertalet län haft såsom dispensärläkare, fortfarande i regel skulle kvarstå.

I proposition (nr 213) till årets riksdag med förslag till ändring i hälsovårdsstadgan samt omorganisation av distriktsvården m. m. har Eders Kungl. Maj:t framlagt förslag såväl till kungörelse angående statsbidrag till distriktsvård som till kungörelse om ändrad lydelse av §§ 2 och 5 kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet. Departementschefen anför beträffande medicinalstyrelsens förslag till dispensärvårdens ordnande, vilket förslag vid tiden för propositionens avgivande var i väsentliga delar utarbetat, bland annat följande, som för styrelsens nuvarande framställning synes vara av särskilt intresse:

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

Såsom synes åsyftar medicinalstyrelsens förslag till dispensärvårdens

omorganisation en förstärkning av dispensärvården utan att rubba den grund, varpå distriktsvårdsförslaget bygger.» — — — »Då det gäller det förebyggande arbetet inom tuberkulosvården, synes mig stor vikt böra tillmätas den omständigheten, att tuberkulosen är en sjukdom, som intimt sammanhänger med individens och familjens hela livsföring. De organ, åt vilka arbetet skall anförtrös, böra därför besitta kunskap och erfarenhet inom hälsovårdens samtliga grenar. Med hänsyn härtill torde det i princip vara riktigt, att jämväl det förebyggande arbetet inom tuberkulosvården ingår såsom ett led i den för övriga grenar av hälsovården gemensamma distriktsvården. Å andra sidan utgör dispensärvården till följd av den höga frekvens, tuberkulosen otvivelaktigt ännu har i vissa delar av vårt land, en av de viktigaste grenarna inom den förebyggande verksamheten. Det måste därför anses fullt befogat, att från principen om enhetlighet inom hälsovårdsarbetet större avvikelser medgivnas för dispensärvården än för övriga grenar av förebyggande vård. Med dessa utgångspunkter kan jag ej finna annat än att medicinalstyrelsens förslag på ifrågavarande punkt, kompletterat på sätt medicinalstyrelsen i sitt i år avgivna tilläggsförslag förordat, i stort sett innebär en tillfredsställande anordning.» — — — »I vissa hänseenden synas dock jämkningar i styrelsens förslag vara erforderliga, berörande de grunder, enligt vilka statsbidrag skall utgå till dispensärvård.

Enligt min mening torde härutinnan följande böra gälla. Inom område, där distriktsvård ännu ej anordnats enligt de nya bestämmelserna, skola angående statsbidrag till dispensärvård nu gällande bestämmelser fortfarande äga tillämpning. Har däremot inom området för dispensärens verksamhet distriktsvård anordnats enligt de nya bestämmelserna, skall i princip statsbidrag ej längre utgå för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst. Tills vidare skall dock, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag kunna utgå jämväl för nämnda ändamål, såframt fråga ej är om sådan vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt de nya bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård. Slutligen skola nuvarande dispensärsköterskor vara tillförsäkrade rätt att utan vidare innehava anställning såsom distriktssköterska i den nya organisationen. Härmed anser jag alla rimliga krav på smidighet i dispensärvårdens intresse hava tillgodosetts.»

Sammansatt stats- och andra lagutskott har i utlåtande nr 5 i huvudsak yrkat bifall till Eders Kungl. Maj:ts förslag om godkännande av de ändrade grunder för statsbidrag till distrikts- och dispensärvården som departementschefen förordat.

Beträffande dispensärvården anför utskottet, bland annat, följande:

»I fråga om dispensärvården öppnar förslaget *möjlighet* till att låta distriktssköterskorna inom distrikt, där tuberkulosfrekvensen väsentligen

nedgått, övertaga det av dispensärsköterskorna bedrivna fältarbetet, under det att i övrigt dispensärvården lämnas oberörd. Någon befogad anmärkning torde icke vara att framställa emot att en dylik anordning genomföres i de delar av landet, där tuberkulosfrekvensen väsentligen minskat. Om någon obligatorisk sammanslagning av dispensärsköterskornas och distriktssköterskornas uppgifter är det sålunda ej fråga, och förslagets genomförande kan följaktligen icke, såsom från något håll befarats, medföra ett sönderbrytande av den bestående organisationen av dispensärvården.» — — —

»I detta sammanhang har utskottet velat åberopa departementschefens uttalande därom, att spørgsmålet om och i vad mån högre statsbidrag bör utgå till sådana dispensärsköterskor, som tills vidare icke inordnas i distriktsvården, torde få upptagas till behandling i samband med prövningen av medicinalstyrelsens förslag angående ifrågavarande vårdsorganisation. Utskottet förväntar, att nämnda prövning så påskyndas, att förslag i ämnet snarast möjligt kan underställas riksdagen.

Beträffande distriktens storlek har departementschefen åberopat ett uttalande av medicinalstyrelsen, att det i genomsnitt för riket torde bliva erforderligt med en sköterska per 3 000 invånare, samt framhållit, att landstingen med utgångspunkt härifrån hava full frihet att vid uppgörande av plan för distriktsvårdens utbyggande beakta geografiska och andra lokala förhållanden. Utskottet, som hyser den uppfattningen, att konstlad likformighet vid bestämmandet av distriktens storlek måste undvikas, har velat kraftigt understryka detta departementschefens uttalande, vars innebörd uppenbarligen är den, att geografiska och praktiska förhållanden skola vara bestämmande för distriktsindelningen.»

1935 års lagstiftning rörande distriktsvården m. m. Såsom i det föregående berörts har vid 1935 års riksdag ett av medicinalstyrelsen framlagt förslag till omorganisation av distriktsvården med smärre detaljändringar godtagits av statsmakterna. De härutinnan fattade besluten hava kommit till uttryck i kungörelsen den 28 juni 1935 angående statsbidrag till distriktsvård med dess följdförfattningar.

Ehuru närmast inställda på en efter tidsläget avpassad omdaning av distriktsvården ha nämnda författningar en genomgripande principiell betydelse för dispensärvårdens del.

Tuberkulosvårdens betydelse för folkhälsan har kommit till uttryck i 3 § av ovannämnda kungörelse. Där stadgas att en av ledamöterna av distriktsvårdens centralorgan — distriktsvårdsstyrelsen — bör hava särskild utbildning i tuberkulosvård. Denna tanke hade utformats i medicinalstyrelsens förslag till kungörelsen på följande sätt: »Medicalstyrelsen torde vid utseende av sin representant komma att tillgodose sådant hälsovårdsarbete, som ej förut finnes företrätt inom distriktsvårdsstyrelsen, såsom till exempel den förebyggande tuberkulosvården.» Denna exemplifiering torde här få åberopas såsom uttryck för den betydelse

styrelsen tillmäter denna vårdangelägenhet. I omedelbar anslutning till innehållet i nyssberörda stadgande står 5 § 2. sista meningen i samma kungörelse, så lydande: »Dock må hennes (distriktssköterskans) tjänstgöring kunna omfatta allenast viss eller vissa grenar av sådan vård, som nu sagts.» I sitt förslag uttalade styrelsen sig på denna punkt för att därigenom skulle beredas »möjlighet att på erforderligt sätt komplettera distriktsvården; dock endast när särskilda omständigheter därtill föranleda.» Denna tankegång utfördes vidare i följande påpekande: »Jämväl i avvaktan på att distriktsvården inom ett distriktsvårdsområde blivit fullt utbyggd, torde det för vissa vårdgrenar — — — visa sig önskvärt att distriktsvårdsstyrelsen äger möjlighet att anställa särskilda befattningshavare, för vilka i så fall statsbidrag jämväl bör utgå.»

Genom kungörelsen den 28 juni 1935 om ändrad lydelse av §§ 2 och 5 i kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet har betonats dispensärvårdens egenskap av ett led i det allmänna arbetet för folkhälsans främjande. — I § 5 andra stycket av sistnämnda kungörelse har förklarats att, sedan en tidsenlig distriktsvård anordnats, statsbidrag icke är att påräkna till den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst. — I sådana områden där den äldre distriktsvårdsorganisationen alltjämt äger bestånd rubbas ej heller den hittillsvarande dispensärverksamheten.

Ett ytterligare uttryck för statsmakternas principiella inställning återfinnes i den sista övergångsbestämmelsen i nu avsedda kungörelse, däri bl. a. föreskrives att, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag tills vidare må kunna utgå jämväl för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst, förutsatt att till ifrågavarande sjuksköterskas avlöning statsbidrag ej utgår enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till distriktsvård.

I den 28 juni 1935 givet reglemente för statens distriktssköterskeskola nämnes i § 8 dispensärvården såsom särskilt kunskapsämne.

De lagstiftningsåtgärder för vilka ovan redogjorts hava således givit uttryck åt såväl dispensärvårdens fundamentala betydelse för socialhygien som den uppfattningen att en avlösning av dispensärvården såsom särskild vårdform förutsätter en helt genomförd distriktsvård enligt de riktlinjer, som sanktionerats i den nya distriktsvårdskungörelsen.

Kort historik över dispensärverksamhetens utveckling. Den växande kunskapen om de tuberkulösa sjukdomarnas intima samband med den miljö och de sociala förhållanden, under vilka de sjuka leva, framkallade behovet av ett särskilt organ för det förebyggande och sociala tuberkulosebekämpandet vid sidan av den rent sjukvårdande verksamheten. Tanken på speciella vårdanstalter för lungsjuka framkom i början av 1850-talet, och *Herman Brehmer* är dess upphovsman. Under de närmaste

årtiondena därefter utvecklades sanatorieväsendet, särskilt i Tyskland, med stor hastighet.

Först omkring tre årtionden efter de första sanatoriernas tillkomst tog tanken på en särskild organisation för det förebyggande arbetet fast form i dispensärerna, och som banbrytare på detta område räknar man sir *Robert Philip*, som år 1887 grundade den första stadsdispensären i Edinburgh och *Albert Calmette*, som år 1891 organiserade sin dispensär i Lille.

Ungefär samtidigt började också förebyggande tuberkulosarbete anordnas inom vissa delar av Tyskland; och särskilt i Baden hade intresse ägnats åt arbetets organisation på landsbygden.

Även i vårt land blev tanken på ett särskilt organ för det förebyggande tuberkulosarbetet aktuell senare än tanken på vårdanstalter för de tuberkulösa. Denna utvecklingsgång var säkerligen riktig och naturlig. Det mest i ögonen fallande vid tuberkuloskampens början var den oerhörda svårigheten för de sjuka att erhålla vård, och tillgång till särskilda vårdplatser för de tuberkulösa framstod ovillkorligen såsom det mest trängande önskemålet. Dessutom var varje tanke på ett framgångsrikt profylaktiskt arbete ogenomförbar, så länge ingen möjlighet fanns att från hemmen avlägsna de talrika smittkällorna.

Vi kunna räkna anstaltsvårdens tillkomst i Sverige från år 1897, då konung Oscar II överlämnade sin jubileumsfond till uppförande av folksanatorier. Under de närmast följande åren fångade anstaltsvården huvudintresset, men tanken på samtidigt bedrivit profylaktiskt arbete framträdde rätt snart.

År 1905 grundades Sveriges första dispensär i *Uppsala*. Åren 1906 och 1909 upprättade Stockholms stad tvenne tuberkulosbyråer, vilka stöddes av rätt betydande kommunala anslag.

År 1908 anordnade svenska nationalföreningen mot tuberkulos ett socialhygieniskt försök i Norrbotten i en av tuberkulos synnerligen svårt hemsökt trakt.¹ Detta försök, som pågick under 5 år, avsåg att lära känna effekten av jämsides bedriven sjukvårdande och förebyggande verksamhet inom ett begränsat område. År 1913 antog Norrbottens läns landsting ett förslag till organisation av dispensärverksamhet inom större delen av länets landsbygd, till en början sammankopplad med epidemivård men tämligen snart helt skild från denna. Denna organisation utgjorde det första försöket i vårt land att i större omfattning anordna dispensärverksamhet på landsbygden. År 1914 beviljade riksdagen första gången statsbidrag till dispensärverksamheten. Från rättighet till sådant bidrag undantogs emellertid de städer, vilka utbrutits från landstingen och bildade egna sjukvårdsområden.

¹ En utförlig redogörelse härför återfinnes i dr G. Neanders arbete: »Anstalten Hilsan i Norrbotten. Ett socialhygieniskt experiment i nordligaste Sverige anordnat av Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos samt studier över tuberkulosens spridningsföropp i Sverige.» Stockholm 1927.

Den första kungörelsen angående statsbidrag till understödjande av dispensärverksamhet är av den 1 oktober 1914 (nr 400). Genom beslut av riksdagen år 1925 vidtogos vissa ändringar i nyssnämnda kungörelse, varigenom möjlighet bereddes till statsbidrag för sådana dispensärer, vid vilka distriktsköterskor vore anställda. Beslutet är offentliggjort genom en ännu gällande kungörelse den 8 maj 1925 (nr 329), vilken i några detaljer sedermera ändrats.

Sedan statsbidrag beviljats dispensärverksamheten, har denna utvecklats synnerligen raskt och sådan verksamhet förefinnes nu inom samtliga landets sjukvårdsområden (= landstingsområden, respektive i landsting ej deltagande städer), i de flesta fall organiserad av landstingen, vilka visat denna verksamhet en storslagen förståelse och offervillighet. För närvarande finnas inom vårt land 231 statsunderstödda dispensärer. De sex städer, som icke deltaga i landsting, hava dessutom alla anordnat dispensärer. Organisationen av dispensärverksamheten inom de olika sjukvårdsområdena är icke likformig, utan densamma har utvecklat sig efter något olika linjer inom olika delar av landet. Översikt över de olika organisationsformerna finnes införd i svenska nationalföreningens mot tuberkulos ovanberörda betänkande. Några gemensamma drag finnas emellertid för dispensärernas arbete inom så gott som alla våra sjukvårdsområden. Såsom synnerligen betydelsefullt och säreget för det svenska tuberkulosarbetet torde böra framhållas det intima samband, som föreligger mellan det sjukvårdande och det förebyggande tuberkulosarbetet, en anordning, som, åtminstone i samma omfattning, icke återfinnes i något annat land.

Sanatorieläkarna deltaga sålunda aktivt i dispensärarbetet antingen enbart såsom ledare av organisationen eller ock därjämte såsom praktiskt verksamma dispensärläkare. Hela tuberkulosarbetet, det sjukvårdande jämte det förebyggande, har på så sätt inom flertalet sjukvårdsområden blivit en enhetlig verksamhet, där de båda ingående delarna fått största möjlighet att ömsesidigt främja varandra. Sanatorieläkaren har på så sätt fått möjlighet att icke blott lära känna de sjuka under vårdtiden på sanatoriet, utan även erhålla inblick i den sociala miljö, från vilken dessamma kommit och till vilken de efter kuren återvända.

Samtidigt hava i stor utsträckning tjänsteläkare i egenskap av dispensärläkare anknutits till det förebyggande tuberkulosarbetet. Deras personliga kännedom om klientelet och hemmens beskaffenhet inom respektive läkardistrikt har varit av stort värde, särskilt för de saneringsarbeten inom hemmen, som utgjort en viktig del av dispensärarbetet.

Dispensärens arbetsuppgifter. Uppspanandet av tuberkulosfallen utgör en av dispensärens allra viktigaste uppgifter. Dispensären bör, om möjligt, få kännedom om alla inom dess område förefintliga fall av tuberkulos, helst i mycket tidigt stadium. Detta är nämligen en grundbetingelse för ett verksamt bekämpande av tuberkulosen såsom folksjukdom.

Genom en så vitt möjligt fullständig kännedom om de tuberkulösa sjukdomsfallen och genom ett tidigt upptäckande av de nya fallen skapas förutsättningar för att förebygga smittöverföring till friska personer samt för att i tid inleda en framgångsrik behandling av de enskilda sjukdomsfallen. Det är därvid av särskild vikt, att tillsyn av spädbarn samt barn i lek- och skolåldern anordnas.

Lungtuberkulosen börjar som bekant ofta med så smygande och föga framträdande symtom, att de förbises av den sjuke, som på grund därav ofta underlåter att på ett tidigt stadium söka hjälp för sin sjukdom. Men även framskridna fall av lungtuberkulos kunna stundom giva så föga märkbara sjukdomssymtom, att endast en direkt härpå inriktad undersökning kan leda till upptäckt av den förhandenvarande sjukdomen. De i tidigt stadium upptäckta sjukdomsfallen kunna oftast genom en rationell behandling bringas till utläkning, varvid dels den sjuke själv kan återvinna hälsa och arbetsförmåga, dels hans omgivning skyddas för tuberkulös nedsmittning. De mera framskridna fallen, där en behandling ej har utsikter att medföra ett gynnsamt resultat, kunna genom isole-ringsåtgärder och genom vidtagande av hygieniska åtgärder hindras från att överföra sjukdomen till omgivningen.

För att dispensären skall vinna framgång i sitt arbete för uppspanande av tuberkulosfallen, måste den äga möjlighet att ställa tidiga och riktiga diagnoser. Härför erfordras att dispensärverksamheten har tillgång såväl till på området specialutbildade läkare som ock till de tekniska resurser, som erfordras för detta ändamål.

Socialhygienisk verksamhet. En väsentlig del av dispensärens arbete måste förläggas till de tuberkulösa sjukas hem och består i ett hygieniskt saneringsarbete inom dessa, i syfte att undanröja betingelserna för tuberkulosens spridning och utveckling. Hit hör upplysning om smittfaran och dess undvikande, rådgivning rörande förändringar och förbättringar av bostaden, levnadsvanor, barnens vård och skydd m. m.

Till dispensärens uppgift kan också räknas ett slags kuratorsverksamhet för de tuberkulösa och deras familjer genom att bistå dem med råd vid anlitande av de möjligheter till ekonomiskt bistånd, som kunna på-räknas från olika håll, såsom pensionsnämnder, sjukkassor, försäkningsanstalter, välgörenhetsinrättningar av olika slag ävensom med bistånd vid patienternas utrustning för resa till sanatorier, med arbetsförmödling efter utskrivningen o. d.

Barnskyddsverksamhet m. m. Kunskapen om den stora smittrisk som barn, särskilt späda barn inom tuberkulösa hem, där öppen smitkälla finnes, äro utsatta för, har gjort, att barnskyddsarbetet blivit en av dispensärernas, framför allt dispensärsköterskornas, mest framträdande och mest tidskrävande uppgifter. Detta arbete består i placering av friska, smitthotade barn, helst omedelbart efter födelsen, i smittfria hem, i överflyttande av barn till barnhem, i anordnande av sommarkolonier n. m.

Där Calmettevaccination anordnas, bör även denna verksamhet ingå i dispensärernas barnskyddsarbete.

De uppgifter rörande nya fall av tuberkulos, som erhållas genom dispensärerna inom ett sjukvårdsområde, sammanföras och ordnas systematiskt. Därigenom beredes möjlighet till en fortlöpande överblick över tuberkulosmorbiditeten inom området samt till ett snabbt upptäckande av tuberkulösa spridningshärddar, som kunna kräva speciella åtgärder.

Dispensärernas nuvarande organisation. Den hos oss vanligaste formen för dispensärverksamhetens organisation inom ett län, en form, som mer eller mindre utpräglad återfinnes i flertalet av dessa, kan benämnas den *allmänna länstypen*. Huvuddragen av denna organisation te sig på följande sätt. Ledningen av verksamheten handhaves av en av landstinget utsedd dispensärstyrelse. Sanatorieläkaren vid ett av länets sanatorier är i regel ledamot av dispensärstyrelsen och fungerar såsom dess verkställande ledamot. Han är dispensärledare för länet och utgör i själva verket den sammanhållande och drivande kraften inom hela verksamheten. Under dispensärstyrelsen sortera länets samtliga lokala dispensärer och deras lokala styrelser, vanligen kallade dispensärnämnder. Dispensärdistriktet omfatta länets städer och provinsialläkar-distrikt med i de allra flesta fallen tjänsteläkarna anställda såsom dispensärläkare. I tuberkulosvård och tuberkulosdiagnostik särskilt utbildade dispensärläkare finnas sålunda endast på ett fåtal ställen. De lokala dispensärerna hava mångenstädes särskild mottagningslokal, där regelbundna dispensärmottagningar hållas. Där särskild mottagningslokal saknas, hållas dessa mottagningar i läkarens privata mottagningsrum oftast i närvaro av dispensärsköterskan. Genom ett mer eller mindre detaljerat rapportsystem sättes den centrala ledningen i tillfälle att erhålla en fortlöpande och allmän överblick över verksamheten vid de olika lokala dispensärerna samt över tuberkulosfrekvensen i de olika delarna av länet.

En organisation av annan typ, i viss mån efter mönster från Finland, må här efter det enda län, inom vilket den hittills i vårt land tillämpats, benämnas *Hallandstypen*. Så tillvida överensstämmer Hallandstypen med den nyss skildrade allmänna länstypen, att ledningen av länets hela dispensärverksamhet handhaves av en av landstinget utsedd dispensärstyrelse, men i övrigt avvika de båda typerna väsentligt från varandra. I Halland finnas inga lokala dispensärläkare. En enda dispensärläkare tjänstgör vid länets samtliga dispensärer. Denne har fullgod sanatorieläkarkompetens och är sålunda väl förfaren i tuberkulosens speciella diagnostik och behandling. Han håller på bestämda veckodagar mottagning vid var och en av länets lokala dispensärer. Två av dessa äro utrustade med röntgeninstallation, dit fall vid behov kunna överföras för röntgenundersökning. Den för hela länet anställda dispensärläkarens undersökningar äro sålunda kvalificerade specialistundersökningar.

Såsom en särskild typ kan man även beteckna den anordning, som tillämpas i Älvsborgs län och som sålunda kan benämnas *Älvsborgstypen*. Även här ledes dispensärverksamheten av en dispensärstyrelse, utsedd av landstinget. Länets dispensärer äro till antalet fem, av vilka tre äro förläggda till länets tre sanatorier med respektive sanatorieläkare såsom dispensärläkare. De två övriga äro försedda med av landstinget anskaffad röntgenutrustning.

Utmärkande för ovan beskrivna typer för dispensärverksamhetens organisation är att ett helt sjukvårdsområdes samtliga dispensärer stå under enhetlig ledning av ett för hela området gemensamt centralorgan. Utvecklingen har sålunda inom det övervägande flertalet sjukvårdsområden visat en uppenbar tendens till en alltmer ökad centralisation av verksamhetens ledning. Emellertid torde för fullständighetens skull böra nämnas, att åtminstone inom ett län, *Västmanlands*, en genomgående decentralisation av verksamheten alltså är rådande. Inom länet finnas tio dispensärer. Var och en har organiserats och drives av en lokalt verksam tuberkulosförening, som också helt och hållet svarar för verksamhetens finansiering.

Dispensärerna få kännedom om patienterna dels genom remiss av läkare eller från sjukvårdsinrättning, dels genom anmälan till dispensärsköterskan från skolor, grannar eller anhöriga till den misstänkt tuberkulossjuka, från fattigvårdsmyndigheter m. fl. Efter en sådan anmälan besöker dispensärsköterskan den sjukes hem och lämnar rapport om sina iakttagelser till dispensärläkaren, varefter patienten inkallas till undersökning vid dispensärens mottagning. Visar det sig vara fråga om tuberkulos, ordnas lämplig vård för den sjuka, varefter åtgärder vidtagas för behöfelig sanering av hemmet, undersökning av familjemedlemmarna, omhändertagande av barnen, där så behöves, eventuellt understöds- och andra hjälpåtgärder m. m.

Dispensärernas arbetskrafter. I ovanberörda kungörelse angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamheten stadgas såsom villkor för statsbidrag bland annat, att dispensären »skall förestås av läkare, som är lagligen behörig att utöva läkarekonsten» samt att »vid dispensärerna anställda sjuksköterskor skola hava erhållit såvill fullgod allmän sjukvårdsutbildning som undervisning vid särskild dispensärkurs». Minst en läkare och minst en sjuksköterska äro sålunda obligatoriska vid dispensären. Enligt årsberättelserna för år 1933 hava vid de 231 dispensärerna varit knutna 250 läkare och 250 sjuksköterskor, varav framgår, att några dispensärer haft tillgång till flera såvill läkare som sjuksköterskor.

Enligt nyssnämnda kungörelse kräves såsom kompetens för att vara dispensärläkare endast att vederbörande är legitimerad läkare. Av en i ämnet verkställd undersökning har emellertid framgått att 26 av landets dispensärläkare hava sådan kompetens, som berättigar till sanatorie-

läkartjänst. Flertalet av dessa läkare äro tillika sanatorieläkare, som med denna tjänst fått förena befattning såsom dispensärläkare. Endast en av dessa specialutbildade läkare är uteslutande dispensärläkare, nämligen den i Hallands län anställd. I ett par fall hava dispensärläkarna denna verksamhet såsom huvuduppgift vid sidan av annan tjänst eller allmän medicinsk praktik.

Av de övriga 224 dispensärläkarna utgöres flertalet av tjänsteläkare, vilka med sin ordinarie befattning förena skötseln av en dispensär.

Den speciella utbildning vid särskilda dispensärkurser, som stadgats såsom kompetensvillkor för dispensärsköterskorna, lämnades under åren 1910—1925 och 1929 vid av nationalföreningen mot tuberkulos anordnade och bekostade kurser. Dessa kurser omfattade såväl teoretisk undervisning som praktiskt arbete vid stads- eller landsdispensärer. Från och med år 1924 ingår i utbildningen vid statens distriktssköterskeskola även utbildning i dispensärvård, varför varje sjuksköterska, som från och med nämnda år genomgått denna skola äger den för dispensärsköterska föreskrivna kompetensen.

Kritisk granskning och önskemål. Det torde icke råda något tvivel om, att dispensärarbetet, såsom det hittills bedrivits, medför betydelsefulla resultat och utgör en värdefull och alltmera uppskattad del av antituberkulosarbetet. Denna verksamhet har visat förmåga att vinna breda folklagers förtroende. De tuberkulossjuka hava fått erfara en social omvårdnad av största betydelse för den enskilde. Ett uttryck för den allmänna uppskattningen härav är det intresse och den förstående offervillighet, som landsting och kommunala myndigheter under årens lopp visat dispensärverksamheten. Den vidgade kunskapen om tuberkulosens utveckling och förlopp samt de ökade möjligheter till en tidig diagnos, som nyare vetenskapliga framsteg medfört, synas emellertid giva anledning att nu undersöka dispensärverksamheten för att se, vad däri icke överensstämmer med modernt betraktelsesätt, och vilka förändringar som äro påkallade.

Vid *uppspanandet av tuberkulosfallen* anträffas visserligen med nuvarande arbetssätt ett icke ringa antal nya tuberkulosfall, men säkert långt ifrån alla och framför allt för få i så tidigt stadium, som vore önskvärt. Dispensärens uppspaningsförmåga synes böra i hög grad skärpas. För detta ändamål synas i främsta rummet tvenne utvägar böra anlitas, nämligen *familjeundersökningar* samt *mass- eller gruppundersökningar*.

Erfarenheten har visat, att, då ett fall av öppen tuberkulos anträffas i en av flera medlemmar bestående familj, vid en noggrann undersökning tuberkulos mycket ofta kan påvisas hos ytterligare en eller flera familjemedlemmar. Familjeundersökningar förekomma visserligen även nu, men till synes ingalunda i tillräcklig utsträckning och mera sällan med röntgen. Undersökningar av hela familjen, då ett tuberkulosfall anträffats, borde därför ovillkorligen ingå i dispensärens arbetsprogram.

Mass- och gruppundersökningar åsyfta att metodiskt undersöka vissa kategorier av människor, hos vilka enligt de senare årens erfarenheter, t. ex. från undersökningar av högskolestudenter och från vissa skolundersökningar, oväntat ofta bacillförande tuberkulos kunnat påvisas hos personer, som känna sig fullt friska och arbetsföra.

Spaningsarbetet efter tuberkulosfall synes därför böra utvidgas från det hittills i huvudsak tillämpade mera passiva förfarandet till ett aktivt uppsökande från dispensärens sida av sådana befolkningsgrupper, som enligt vunnen erfarenhet äro särskilt hotade av smitta.

Diagnosen. Möjligheten att ställa en tidig diagnos på lungtuberkulos har under senare tid, framför allt genom röntgenteknikens framsteg, ökat i förut oanad grad. Samtidigt har emellertid konsten att ställa denna tidiga diagnos blivit en specialuppgift, som ställer stora krav på läkarens utbildning, övning och förmåga att behärska tekniken. Denna tidiga diagnos, som givetvis är av allra största betydelse för en framgångsrik behandling, måste hädanefter säkerligen så gott som helt och hållet anförtros åt tekniskt fullt utrustade specialister.

Detta innebär en åtgärd att avsevärt stegra dispensärverksamhetens kapacitet på ett för arbetet fundamentalt område.

Helt visst komma dock hädanefter, liksom hittills, icke så få fall av lungtuberkulos, som med vanliga fysikaliska metoder kunna upptäckas, att ingå i dispensärernas klientel, varför dispensärer utan specialutbildade läkare och röntgenutrustning ingalunda böra anses avkopplade från den diagnostiska uppgiften.

I detta sammanhang torde böra framhållas som ett önskemål, att de läkare, som skola tjänstgöra såsom dispensärläkare, beredas möjlighet att förvärva nödiga kunskaper rörande tuberkulosvården, framför allt dess sociala del. Sådan undervisning ingår för närvarande icke obligatoriskt i läkarutbildningen, men torde åtminstone i någon mån tillgodoses vid de medicinska högskolorna. Framhållas må, att ifrågavarande önskemål i viss mån skulle komma att tillgodoses, om de av styrelsen i ovanberörda skrivelse den 17 oktober 1934 föreslagna tjänsteläkarkurserna i socialmedicin och socialhygien komme till stånd. Förslag föreligger att till det beslutade centralsanatoriet vid akademiska sjukhuset i Uppsala förlägga en centraldispensär för länet, där tillfälle till handledning i dispensärarbetets praktiska bedrivande skulle kunna lämnas de tjänstgörande medicine kandidaterna — en anordning som medicinalstyrelsen betecknat såsom synnerligen värdefull. Liknande möjligheter till någon tids praktiskt deltagande i arbetet vid en dispensär borde även kunna beredas vid de båda andra medicinska högskolorna i Stockholm och Lund.

Förslag till dispensärverksamhetens framtida ordnande.

Allmänna synpunkter. Ett särskilt organ för det förebyggande tuberkulosarbetet är helt och hållet betingat och motiverat av de tuberkulösa sjukdomarnas sociala och ekonomiska betydelse och deras dominerande ställning bland sjukdoms- och dödsorsakerna. Specialåtgärderna böra därför till sin omfattning och intensitet avpassas efter omfattningen av den sjukdom de avse att förebygga. Som bekant befinner sig tuberkulosen sedan några årtionden inom hela vårt land i tillbakagång. Storleken av denna tillbakagång liksom också tuberkulosens nuvarande frekvens är dock mycket olika inom olika delar av landet. Beträffande tuberkulosdödlighetens storlek betecknas ytterligheterna av Norrbottens och Södermanlands län med en dödlighet för år 1932 av 2.38 respektive 0.69 på 1 000 invånare. Det förra länet har alltså nära tre och en halv gånger så hög tuberkulosdödlighet som det senare.

De enda säkra uppgifter man har om tuberkulosens frekvens äro dödlighetssiffrorna. Det är sannolikt, att med en sjunkande tuberkulosdödlighet korresponderar en sjunkande sjukdomsfrekvens, men det är icke bevisat, att sjukdomsfrekvensen avtager lika hastigt som dödligheten. Nyare undersökningar synas antyda, att vid sjunkande tuberkulosdödlighet till en början morbiditeten, d. v. s. antalet förefintliga tuberkulosfall, avtager betydligt långsammare än mortaliteten. Den omsorgsfulla omvårdnaden ökar de tuberkulossjukas livslängd. Mot en tämligen låg dödlighetssiffra kan sålunda svara ett överraskande stort antal tuberkulossjuka inom ett område. Efter hand sker en utjämning i detta avseende på grund av att antalet nya tuberkulosfall avtager, och sjukdomen blir mera sporadisk.

Det är utan tvivel riktigt, att dispensärverksamheten successivt för-
enklas i samma mån som tuberkulosen förlorar sin dominerande ställning såsom sjukdoms- och dödsorsak och alltså motivet för ett specialorgan för dess förebyggande bortfaller. Olika omständigheter och förhållanden böra tagas i betraktande vid avgörandet av frågan, huruvida och när den nya organisationen bör genomföras i ett landstingsområde. En viktig sådan faktor är tuberkulosdödligheten. Med avseende å denna faktor torde som en mera allmän regel kunna uppställas att inom landstingsområden, där tuberkulosdödlighetens medeltal för senaste femårsperiod hållit sig under 1 på 1 000 invånare eller ej nämnvärt överskridit nämnda proportionstal, en omläggning och förändring av dispensärarbetet bör äga rum. — Denna allmänna regel får dock icke vara ensamt avgörande. Styrelsen vill härutinnan fästa uppmärksamheten på ett sådant sjukvårdsområde som Norrbottens län, vilket på grund av extremt hög tuberkulosdödlighet icke är fullt jämförligt med övriga delar av landet. En på grund av inom vissa områden vunnen erfarenhet såsom synnerligen lämplig befunnen anordning av dispensärverksamhetens orga-

nisation kan även av andra anledningar böra bibehållas tills vidare, oavsett tuberkulosdödlighetens nedgång under ovan angivna gränsvärde (detta gäller speciellt Hallands och Älvsborgs län).

Det är givetvis mycket svårt att avgöra vid vilken tidpunkt en förenkling av nuvarande organisation kan påbörjas och med vilken hastighet den kan genomföras. Detta beror även på utvecklingen av den beslutade distriktsvården.

Inom områden, där en sammanslagning sålunda icke skulle möta något av ovan angivna hinder, skulle den socialhygieniska delen av dispensärernas verksamhet kunna övertagas av distriktsvårdsorganisationen, varvid sålunda dispensärerna i deras nuvarande organisationsform skulle upphöra. Däremot kvarstår i sådana områden behovet av en institution, vars väsentliga uppgift skulle bli att leda uppspanandet av nya tuberkulosfall samt möjliggöra en tidig och väl kvalificerad diagnos. Denna uppgift skulle fyllas av en eller flera dispensärer, ledda och utrustade i enlighet med dessa krav. En temporär stegring av tuberkulosfrekvensen skall icke behöva föranleda en omläggning av vården. Om sådan stegring skulle förekomma, kan enligt kungörelsen angående distriktsvård särskild sköterska tillsättas för tillgodoseende av det uppkomna behovet av förstärkt dispensärvård.

I analogi med statens sjukvårdskommittés benämning A- och B-platser för vårdplatser vid lungtuberkulosanstalter kunna de dispensärer, som skola förestås av läkare med sanatorieläkarkompetens och vara utrustade med fullgoda tekniska hjälpmedel (röntgen), benämnas *A-dispensärer*, och de av nuvarande allmänna typ *B-dispensärer*. En lämplig benämning å de lokala dispensärer, som komma att finnas inom sådant område, där den nya distriktssköterskeorganisationen genomförts och dispensärbetet (fältarbetet) sålunda åvilar distriktssköterskorna, är *distriktsdispensärer*. Dispensärbetet skulle vid dessa i regel handhas av respektive provinsialläkare med tillhjälp av distriktssköterskorna. Å vissa bestämda dagar skulle liksom förut anordnas rådfrågning för och undersökning av hithörande klientel. Arbetsuppgifterna för en distriktsdispensär och en B-dispensär komme därför i det stora hela att vara desamma. Den väsentliga skillnaden skulle vara, att i B-dispensären skulle ingå en särskild dispensärsköterska och att denna B-dispensär likaväl som dispensärbetet i dess helhet fortfarande skulle sortera under en särskild dispensärstyrelse i länet.

Inom områden, där en högre tuberkulosdödlighet än 1 ‰ eller andra omständigheter vittna om en högre tuberkulosfrekvens, kan, jämte ett lämpligt antal A-dispensärer, vilka även i dessa områden äro nödvändiga, bibehållandet av ett tillräckligt antal B-dispensärer med i regel tjänsteläkare såsom dispensärläkare och med i dispensärvård uteslutande sysselsätta sjuksköterskor vara motiverat jämsides med distriktsvården.

Enligt detta förslag skulle det tillsvidare alltså finnas tre nyss definierade slag av dispensärer, nämligen

1) *A-dispensär*, vid vilken skall finnas personal, som angives nedan under rubrik, Dispensärernas personal, samt röntgenutrustning. A-dispensär skall där så befinnes lämpligt, även kunna fullgöra B- eller distriktsdispensärs uppgifter för visst område, där A-dispensären är förlagd.

2) *B-dispensär*, med i regel vederbörande tjänsteläkare som dispensärläkare och särskild dispensärsköterska samt

3) *Distriktsdispensär* med i regel den tjänsteläkare, som är distriktsköterskas förman, såsom dispensärläkare och distriktsköterska som dispensärsköterska.

Det bör fordras, att minst en A-dispensär skall vara anordnad inom varje sjukvårdsområde. Ofta nog torde två eller i större sjukvårdsområde flera sådana bliva erforderliga för att icke avstånden och resekostnaderna skola bliva för stora.

Om hänsyn till kostnaderna icke behövde tagas vid inrättandet av A-dispensärer, vore det mest önskvärt, att desamma bleve fristående; detta så mycket mera som därigenom mass- och familjeundersökningar lättare kunde genomföras, då läkarna icke hade att fullgöra en sanatorieläkares åligganden. En intim samverkan mellan dessa dispensärer och sanatorierna skulle givetvis förutsättas.

Emellertid har, såsom ovan anförts, i de flesta län den anordningen tillämpats, att sanatorieläkaren fungerar såsom dispensärledare, möjliggörande ett intimt samarbete mellan det förebyggande och det kurativa antituberkulosarbetet. Redan nu utföras talrika dispensärundersökningar vid sanatorierna, dit patienterna äro vana att hänvända sig för undersökning och behandling, varför man på sätt och vis kan säga, att dispenserverksamhet av A-dispensärtyp i viss mån redan förefinnes vid sanatorierna inom flertalet sjukvårdsområden. Nämnda omständigheter tala för att de planerade A-dispensärerna förläggas till sanatorierna, men å andra sidan torde en sådan anordning vara förenad med vissa nackdelar. En del sanatorier äro i kommunikationshänseende ogynnsamt belägna inom sjukvårdsområdet. Vidare kan den möjligheten icke uteslutas, att sysslandet med A-dispensärens uppgifter kan komma att inkräkta på sanatorieläkarens egentliga verksamhet, en olägenhet, som dock skulle kunna avhjälpas därigenom, att sanatoriets läkarkrafter förstärktes. Man måste sålunda i förevarande avseende taga hänsyn till sanatoriets läge, storlek, läkartillgång m. m.

En annan faktor — driftkostnaden för A-dispensärerna — kan icke heller förbises. Deras förläggande till sanatorierna medför sålunda tillgång till erfaren läkarkraft, redan befintliga lokaler, lämplig teknisk utrustning m. m. Man kan även tänka sig möjligheten av att samarbete mellan de fristående A-dispensärerna och lasaretten på vissa platser skulle kunna medföra ekonomiska fördelar; därigenom skulle uppkomsten av självstän-

diga röntgenavdelningar med specialutbildad lasarettsläkare främjas och även för vissa orter underlättas ett rationellt ordnande av frågan om röntgendiagnostiken, allt synpunkter, som sedermera få upptagas till närmare prövning vid organisationens genomförande inom respektive sjukvårdsområden.

Finns flera A-dispensärer inom ett sjukvårdsområde, bör varje sådan hava sin egen rayon. Genom att sålunda indela sjukvårdsområdet i A-dispensärdistrikt torde eventuella slitningar mellan de olika distrikten undvikas.

A-dispensärer.

a. *I sjukvårdsområden med B-dispensärer.* 1. A-dispensärens diagnostiska verksamhet och i samband därmed dess förmåga att uppspana tidiga fall i de sjukas omgivning är utan tvivel denna dispensärtyps huvuduppgift. Härtill kommer det viktiga samarbetet med B-dispensärerna, med andra läkare inom distriktet och med sanatorierna. Just beträffande de tidiga fallen är ett sådant samarbete av största betydelse. På så sätt kunna dessa fall snabbt bli intagna på sanatorium för eventuell specialbehandling (anläggande av pneumothorax, operativa ingrepp o. d.), varigenom många smittkällor snart nog kunna bli oskadliggjorda.

Jämte den diagnostiska huvuduppgiften tillkommer A-dispensär såsom ovan berörts även en statistisk-registrerande verksamhet rörande tuberkulosmorbidityten inom distriktet. B-dispensärerna böra sålunda till A-dispensären omedelbart anmäla varje nyupptäckt fall av tuberkulos inom distriktet. Denna anmälan bör åtföljas av uppgifter om den sjukes hem och miljö ävensom av en förteckning över samtliga familjemedlemmar och eventuellt smittexponerade personer i den sjukes omgivning. På så sätt blir A-dispensärens föreståndare underkunnig om samtliga tuberkulösa familjer inom dess rayon. Inkomna anmälningar skola införas i ett översiktligt kortsystem, där hela klientelet lätt kan överblickas och där resultatet av utförda undersökningar i korthet antecknas. Genom att samla de olika A-dispensärernas uppgifter erhålles en, om ock ofullständig, sjuklighetsstatistik för sjukvårdsområdet.

2. B-dispensärerna remittera sjuka eller för tuberkulos misstänkta personer till A-dispensären för röntgenundersökning i all nödig uttäckning. A-dispensärens föreståndare bör även själv kunna inkalla tuberkulossjuka och deras familjer i tur och ordning till röntgenkontroll samt inkalla vissa patienter till förnyad kontroll, allt efter överenskomelse med B-dispensärernas läkare. Varje praktiserande läkare inom A-distriktet bör också hava möjlighet att remittera misstänkta fall till A-dispensären för konsultation och röntgenundersökning. Skulle tuberkulos därvid upptäckas, anmäles fallet till B-dispensären genom A-dispensärens försorg, därest patienten såsom medellös eller mindre bemedlad anses tillhöra

dispensärernas klientel. Patientens fortsatta vård tillkommer i varje fall den remitterande läkaren. Däremot torde det icke vara tillrådligt att hålla A-dispensärernas mottagningar direkt öppna för allmänheten, så att vem som helst under förebärande av misstanke om tuberkulöst lidande kan bli specialundersökt. Obegränsad och kostnadsfri tillgång till dispensärmottagningar utan kontroll kan tänkas leda till missbruk och torde för övrigt icke vara nödvändig för ett effektivt uppspaningsarbete.

Å remiss från B-dispensär bör angivas, om patienten kan betraktas som obemedlad eller mindre bemedlad, vilket säkerligen torde framgå av vederbörande dispensärsköterskas undersökningar. Remiss från annan läkare bör om möjligt innehålla enahanda upplysning.

Efter å A-dispensären verkställd undersökning bör kortfattat utlåtande om varje patient snarast möjligt tillställas vederbörande dispensärläkare eller annan remitterande läkare. I dylikt utlåtande bör angivas icke endast resultatet av undersökningen utan i detsamma bör även sjukdomsfallet bedömas med hänsyn till behandling, prognos och den sjukes arbetsförmåga. För därav uppkommande ökade skrivgöromål torde skrivhjälp komma att bli oumbärlig vid A-dispensärerna.

3. Till skärpande av uppspaningsarbetet böra *familjeundersökningar* vara regel vid alla nyupptäckta fall av tuberkulos. Härtill kan i vissa fall även räknas undersökning dels av den sjukes arbetskamrater, då de på grund av arbetets art kunna antagas hava varit utsatta för särskilt stark smittfara, dels av skolklasser, då smittsam tuberkulos konstaterats hos lärare eller medlärjunge, dels av barn och personal vid barnhem, sommarkolonier och likartade anstalter under enahanda förhållanden.

Mass- och gruppundersökningar, såsom undersökning av arbetarstammen vid större industrianläggningar, av skolbarn, av befolkningen i vissa byar o. s. v., torde däremot endast i begränsad omfattning kunna anordnas genom A-dispensärernas försorg. Här kan man tänka sig, att nationalföreningen mot tuberkulos får en speciell mission att fylla. Enstaka dylika undersökningar såsom av elever vid seminarier och liknande utbildningsanstalter m. m. torde däremot i många fall kunna utföras vid lämpligt förlagda A-dispensärer.

4. *Social-hygienisk verksamhet*, som är ett typiskt fältarbete, torde icke komma att ingå i A-dispensärens uppgifter i annan mån än genom samarbete med B-dispensärerna eller där A-dispensären samtidigt utgör B-dispensär för visst område. Anvisningar, upplysningar och råd torde sålunda ofta komma att lämnas respektive dispensärsköterskor med anledning av undersökningsresultaten. De upplysningar rörande sjukdomsfallet, som dylik sköterska kan lämna vid undersökningen, torde därjämte ofta vara av stort värde för falllets bedömande.

Den profylaktiska verksamheten bland barnen torde helt åligga B-dispensärerna, ehuru en viss samverkan med A-dispensären även här torde förekomma i samband med röntgenundersökningarna.

b. I sjukvårdsområden med distriktsdispensärer. A-dispensärens uppgifter böra i dylika områden i stort sett vara desamma som i nyssnämnda sjukvårdsområden med B-dispensärer. Tjänsteläkarna i egenkap av läkare för distriktsdispensärerna böra sålunda stå i kontakt med A-dispensären på samma sätt som B-dispensärernas läkare, varjämte distriktssköterskorna böra hava skyldighet att ej blott till sin närmaste förman — tjänsteläkaren — utan även till A-dispensären lämna rapport om den sjukes hem och miljö jämte ovan omförmälda förteckning över familjemedlemmarna och eventuellt andra smittexponerade personer. På samma sätt böra de anmäla skedda förändringar i den sjukes familjeförhållanden såsom nytillkomna familjemedlemmar, dödsfall, nyinsjuknade, bostadsändringar o. s. v. Distriktssköterskan bör därjämte, om så erfordras, åtfölja patienterna till undersökningen vid A-dispensären för att lämna nödiga upplysningar och mottaga eventuella anvisningar och föreskrifter rörande de sjuka och deras familjer.

För utrönande av frågan angående behovet av dylika dispensärer utsände styrelsen den 9 oktober 1934 en cirkulärskrivelse till samtliga dispensärstyrelser, i vilken styrelsen anmodade desamma att i samråd med länets förste provinsialläkare — därest denne icke vore ordinarie medlem av dispensärstyrelsen — till medicinalstyrelsen inkomma med förslag om det inom vederbörande landstingsområde erforderliga antalet A-dispensärer samt lämpligaste platserna för deras förläggande.

De svar å denna cirkulärskrivelse, som inkommit till styrelsen, hava överlämnats till Eders Kungl. Maj:t. Styrelsen har efter en ingående prövning av de föreliggande handlingarna ävensom genom beaktande av övriga för styrelsen kända förhållanden, kommit till den uppfattningen, att för närvarande 36 A-dispensärer — därav 7 fristående och 29 förlagda till sjukvårdsanstalter — borde anordnas. Som styrelsen nu ser frågan bör följande antal A-dispensärer anordnas inom de respektive sjukvårdsområdena, nämligen

		vid sjukvårds- anstalt	fri- stående
Stockholms	län.....	1	—
Uppsala	»	1	—
Södermanlands	»	1	—
Östergötlands	»	—	1
Jönköpings	»	1	—
Kronobergs	»	1	—
Kalmar läns norra	landstingsområde	1	—
» » södra	»	—	1
Gotlands	län.....	1	—
Blekinge	»	—	1
Kristianstads	»	1	—
Malmöhus	»	1	—
Hallands	»	—	1
Göteborgs och Bohus län		1	1

		vid sjukvårds- anstalt	fri- stående
Älvsborgs	län	3	—
Skaraborgs	»	1	—
Värmlands	»	2	—
Örebro	»	2	—
Västmanlands	»	1	—
Kopparbergs	»	1	1
Gävleborgs	»	2	—
Västernorrlands	»	3	—
Jämtlands	»	1	—
Västerbottens	»	2	—
Norrbottnens	»	1	1
	Summa	29	7

Beträffande Hallands län må framhållas, att därstädes redan finnas två dispensärer, vilka äro utrustade med tidsenlig röntgeninstallation. Då dessa båda dispensärer hava gemensam läkare, synes man i detta samband endast behöva räkna med en A-dispensär med s. k. filialmottagning på annan ort.

B-dispensärer och distriktsdispensärer.

B-dispensärernas arbetsuppgifter torde framdeles i allt väsentligt förbli desamma som hittills. Beträffande dessa hänvisas till det härom ovan anförda. Verksamheten vid distriktsdispensärerna kommer givetvis att i huvudsak bedrivas efter enahanda riktlinjer som vid B-dispensärerna.

Vid distriktsdispensärerna skola sålunda distriktssköterskorna övertaga dispensärsköterskornas alla socialhygieniska uppgifter, deras barnskyddsverksamhet etc. För kontroll av denna distriktssköterskornas dispensärverksamhet torde dessa i likhet med dispensärsköterskorna vid varje års slut böra insända rapport till sin förman och till A-dispensären över vidtagna åtgärder i de under året nytillkomna tuberkulösa hemmen. Samarbetet i övrigt mellan de lokala dispensärerna och den centrala A-dispensären har ovan berörts. Där distriktssköterskornas tid och krafter ej räcka till vid överhopning med annat arbete, kan man tänka sig den anordningen, att A-dispensären tillfälligt eller mera permanent anställer en sjuksköterska, som på ort eller orter, där behov därav kan föreligga, deltar i det socialhygieniska och tuberkulosförebyggande arbetet i olika delar av A-dispensärens verksamhetsområde.

Bland de uppgifter, som tillhöra de lokala dispensärernas barnskyddsverksamhet, ha särskilt *sommarkolonierna* visat sig vara av stor betydelse. Styrelsen avser här sådana sommarkolonier, som ha till sin uppgift att mottaga svaga tuberkuloshotade barn, vilka kolonier i hög grad tillvunnit sig allmänhetens förtroende. De böra därför i mån av behov bibehållas även för framtiden. Koloniernas anordnande och drift torde

även i sjukvårdsområden utan B-dispensärer lämpligen böra anföras exempelvis åt en av vederbörande centrala styrelse eller landstinget tillsatt lokal koloni- eller dispensärnämnd med vederbörande tjänsteläkare som ordförande. Till dessa nämnder återkommer styrelsen i det följande.

Vare sig en privat koloniförening ansvarar för driften av sommarkolonien eller kommunen, såsom på vissa håll förekommer, själv upprätthåller en sådan koloni, bör densamma stå under inseeende av med dispensärvård sysselsatt tjänsteläkare. Enär barnkolonierna äro en gren av dispensärverksamheten, böra samtliga dispensärkolonier inom ett sjukvårdsområde liksom hittills stå under den centrala styrelsens överinseeende, helst som driften i huvudsak plägar bekostas av dispensärmedel. Därjämte har vederbörande förste provinsialläkare författningsenligt inspektionsrätt över kolonierna. Statsbidrag torde som hittills böra utgå till dessa sommarkolonier. Såsom villkor för att dylikt bidrag skall utgå bör uppställas, att som ovan nämnts endast svaga tuberkuloshotade barn mottagas vid kolonierna. Det synes böra ankomma på medicinalstyrelsen att utfärda närmare bestämmelser i berörda avseende.

Var böra B-dispensärerna i nuvarande form bibehållas och var böra de avvecklas? Ovan har uttalats, att man under vissa förhållanden skulle kunna anse tiden vara inne för en begynnande avveckling av B-dispensärerna. I styrelsens förberörda skrivelse den 4 maj 1933 angående omorganisation av distriktsvården har styrelsen utgått ifrån, att dispensärbetet icke må eftersättas. Härav följer att i områden med hög tuberkulosfrekvens och stor dödlighet i sjukdomen särskilda åtgärder kunna, oavsett A-dispensärerna, tills vidare vara nödvändiga för ett effektivt tuberkulosarbete.

Det må emellertid erinras om, att det är synnerligen svårt att draga en bestämd gräns i förevarande hänseende. Jämte ovannämnda förhållanden spela även andra omständigheter in för besvarande av den uppställda frågan. I det förenämnda förslaget till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskorna, vilket förslag i allt väsentligt upptagits i ovannämnda proposition till innevarande års riksdag och sedermera av riksdagen gillats, har den nuvarande ojämna fördelningen av dessa befattningshavare i de olika landstingsområdena framhållits. Otvivelaktigt kommer denna omständighet att inverka på den tid, som åtgår för distriktsvårdens utbyggande efter de godkända linjerna inom de skilda landstingsområdena. Det ligger, synes det styrelsen, därför i öppen dag, att i sådana områden, där distriktsköterskeorganisationen fullt eller i det allra närmaste fullt utbyggt, en avveckling av B-dispensärerna kan äga rum vid något högre tuberkulosfrekvens än i de län, som med hänsyn till distriktssköterskevården äro mera efterblivna. Även andra omständigheter, såsom geografiska och kommunikationsförhållanden, kunna härvid göra sig gällande. Enligt det åberopade förslaget till kungörelse angående stats-

bidrag till distriktsvård finnes möjlighet till statsbidrag till distrikts-sköterska, vars tjänstgöring omfattar endast viss eller vissa grenar av sådan vård. På så sätt kunna, om fältarbetet så skulle kräva, inom tuberkulosvården särskilt arbetande sköterskor anställas även inom ett landstingsområde, som anordnat distriktsvård efter de nya linjerna. Härom har styrelsen redan ovan i denna skrivelse erinrat.

Till grund för ett bedömande av i vilken utsträckning en övergång till den nya organisationen är möjlig med hänsyn till tuberkulosdödligheten och sjukdomsfrekvensen i tuberkulos, har styrelsen lagt en inom nationalföreningen upprättad sammanställning rörande »Tuberkulosdödligheten under tiden 1926—1930 samt åren 1931—1933 i Sveriges län», av vilken ett sammandrag här följer:

Tuberkulosdödligheten pro mille i medeltal under perioderna 1926—1930 samt 1931—1933.

(Siffrorna inom parentes ange medeltalet under perioden 1911—1915.)

		1926—1930	1931—1933	Minskning från 1926—1930 till 1931—1933 %	
Stockholms	stad.....	(2·75)	1·59	1·32	17
»	län	(1·94)	1·28	1·07	16
Uppsala	»	(1·74)	1·15	1·01	12
Södermanlands	»	(1·64)	0·82	0·73	11
Östergötlands	»	(1·50)	0·90	0·75	75
Jönköpings	»	(1·43)	1·05	1·00	5
Kronobergs	»	(1·68)	1·27	1·15	9
Kalmar	»	(1·59)	1·20	1·04	13
Gotlands	»	(1·75)	1·45	1·37	6
Blekinge	»	(1·91)	1·44	1·44	0
Kristianstads	»	(1·58)	1·03	0·98	5
Malmöhus	»	(1·66)	0·97	0·83	14
Hallands	»	(1·73)	1·13	0·97	14
Göteborgs o. Bohus	län	(2·44)	1·43	1·36	5
Älvsborgs	län	(1·72)	1·11	0·99	11
Skaraborgs	»	(1·41)	0·99	0·82	17
Värmlands	»	(1·93)	1·34	1·10	18
Örebro	»	(1·59)	1·10	0·98	11
Västmanlands	»	(1·95)	1·13	1·01	11
Kopparbergs	»	(2·06)	1·41	1·23	13
Gävleborgs	»	(2·12)	1·48	1·30	12
Västernorrlands	»	(2·10)	1·65	1·48	10
Jämtlands	»	(2·39)	1·87	1·39	26
Västerbottens	»	(2·35)	1·94	1·70	12
Norrbottnens	»	(3·29)	2·67	2·37	11
Hela riket		(1·94)	1·32	1·15	13

Med hänsyn till de siffror ovanstående sammanställning utvisar, synes det antagligt att, därest en liknande uträkning göres för åren 1931—1935,

tuberkulosdödligheten i 13 av rikets län skulle komma att underskrida 1 på 1 000 per år. Dessa 13 län äro Södermanlands, Östergötlands, Skaraborgs, Malmöhus, Hallands, Kristianstads, Örebro, Älvsborgs, Jönköpings, Västmanlands, Uppsala, Kalmar (båda landstingsområdena) samt Stockholms län. Såsom i det föregående berörts, skulle emellertid Hallands och Älvsborgs län av särskild anledning tills vidare icke ingå i den nya dispensarorganisationen. Styrelsen anser sig därför böra utgå från att åtminstone inom 11 län (12 landstingsområden) den nya organisationen skall kunna helt genomföras, så snart distriktsvården blivit i tillräcklig omfattning utbyggd. Man skulle således böra räkna med, att B-dispensärerna tills vidare skulle bibehållas inom 13 landstingsområden. Antalet dispensärer i dessa 13 landstingsområden uppgår till 158.

Under nyssnämnda förutsättning kan den nya distriktsdispensarorganisationen sålunda genomföras inom närmare halva antalet av rikets län. Provinsial- respektive extra provinsialläkardistriktet uppgingo i dessa län vid utgången av år 1934 till ett antal av 144.

I detta sammanhang må beträffande denna organisation följande anföras. Såsom allmän regel bör för densamma gälla, att vederbörande tjänsteläkare skall vara dispensärläkare. Detta kan måhända synas medföra en överorganisation med hänsyn därtill, att icke varje tjänsteläkar-distrikt utgör eget dispensärdistrikt i samtliga de län, där B-dispensärerna tillsvidare skola bibehållas. Med hänsyn till den betydelse, distriktssköterskorna skola få för dispensärarbetet och till det trängande önskemålet, att distriktssköterskan även i denna gren av sin verksamhet står under sin närmaste förman — provinsial- respektive extra provinsialläkare m. fl. —, är en sådan organisation på det livligaste att förordas. Genom förslaget förverkligande vunnas även den beaktansvärda fördelen, att i stort sett varje tjänsteläkare bleve ansvarig för dispensärvården inom sitt tjänstedistrikt.

Enär antalet mottagningar vid distriktsdispensärerna avsevärt kan reduceras i förhållande till vad fallet är vid det stora flertalet B-dispensärer, medför förslaget emellertid endast skenbart en överorganisation.

Beträffande antalet dispensärmottagningar visar erfarenheten, att det samma hittills varierat inom mycket vida gränser. Enligt uppgifterna för år 1933 beträffande dessa mottagningar vid 222 dispensärer har följande antal mottagningar hållits, nämligen

alla vardagar vid.....	75	dispensärer
4 gånger i veckan vid	1	dispensär
2 » » » »	11	dispensärer
1 » » » »	80	»
2 » » månaden »	48	»
1 » » » »	7	»

De flesta dispensärer som redovisa daglig mottagning, utgöras emellertid av sådana, där särskild dispensärmottagning ej förekommer, utan där denna mottagning sammanfaller med läkarens vanliga mottagning. Det bör emellertid, såsom tidigare nämnts, sättas som ett bestämt villkor, att samtliga dispensärmottagningar skola hållas skilda från läkarens övriga mottagningar. Det erforderliga antalet dispensärmottagningar torde ställa sig olika på olika orter beroende på den lokala tuberkulosfrekvensen, och det bör ankomma på medicinalstyrelsen att i samband med godkännande av plan för dispensärverksamheten fastställa detta antal för respektive dispensärläkare. Under vanliga förhållanden synes för distriktsdispensärer en mottagning var annan vecka vara till fyllest, och man torde kunna beräkna, att varje dispensärläkare årligen i medeltal bör hålla 24 dylika mottagningar. I distrikt, där tuberkulosfrekvensen är synnerligen ringa, torde antalet sådana kunna inskränkas till en i månaden. Tilläggas må att styrelsen räknar med ett medeltal av 36 mottagningar per år och B-dispensärdistrikt.

Det torde böra tillkomma medicinalstyrelsen att, givetvis efter vederbörande landstings hörande, föreskriva, när inom ett landstingsområde, som anslutit sig till den nya distriktsvårdsorganisationen, B-dispensärer skola avvecklas.

Det må i detta sammanhang erinras om, att enligt riksdagens beslut B-dispensärer av nuvarande typ tillsvidare kunna efter medicinalstyrelsens beprövande bibehållas jämsides med distriktsvård enligt nya kungörelsen härom.

I de sjukvårdsområden, där B-dispensärer komma att bibehållas, torde tid efter annan, till exempel vart tredje år, genom sakkunnig utredning böra undersökas, huruvida B-dispensärer med hänsyn till tuberkulosfrekvensen alltjämt äro behövliga. Dispensärstyrelserna i dylika län böra ständigt hava sin uppmärksamhet riktad på möjligheten av reducering av antalet lokala dispensärer.

Dispensärvården i städerna. Styrelsen har med föreliggande förslag till omorganisation av dispensärvården i första hand avsett landsbygden inklusive städer med högst 3000 invånare. Inom nämnda område har genom den nya distriktsvårdskungörelsen skapats en organisation i stand att — sedan den utbyggt — övertaga dispensärvården. För städerna i övrigt föreligger ännu icke någon lösning av distriktsvårdsfrågan. Det kunde under sådana omständigheter måhända synas mindre välbetänkt att, innan en dylik lösning åstadkommits, upptaga städernas dispensärvård till omprövning. Styrelsen har emellertid funnit dispensärvården för städernas vidkommande vara i lika mån betydelsefull som för landsbygden, varför — oavsett en blivande lösning av distriktsvårdsfrågan för städernas del — spørgsmålet om dispensärverksamhetens nyordnande redan här må behandlas.

I de landstingsområden, där dispensärverksamheten kan ordnas enligt

de nya riktlinjerna för distriktsvården, utgöra inalles 9 städer, samtliga med ett invånarantal överstigande 25 000, egna dispensärdistrikt. Styrelsen finner skäl föreligga att så allttjämt i regel blir fallet i städer av denna storlek. Enligt senaste tillgängliga folkmängdssiffror skulle 10 städer komma att utgöra egna dispensärdistrikt. — I regel torde en tjänsteläkare i varje sådan stad bliva dispensärläkare mot arvode, beräknat efter dispensärararbetets omfattning, dock lägst efter samma grunder som föreslås för läkare vid distriktsdispensärer. Utgifterna för expenser och sjukvårdsförnödenheter vid dessa stadsdispensärer skulle likaledes kunna bestridas med motsvarande belopp som vid distriktsdispensärerna.

Vad städer med högst 3 000 invånare beträffar ingå dessa i distriktsvården. Deras dispensärläkarvård synes lämpligen kunna ordnas så att den tjänsteläkare, som svarar för dispensärvården i angränsande provinsial- eller extra provinsialläkardistrikt, jämväl blir närmaste ledare för dispensärvården i dessa städer.

Äterstår så frågan, hur denna angelägenhet bör ordnas för övriga städer. Styrelsen vill föreslå, att styrelsen måtte erhålla befogenhet att, där så ske kan, medgiva en sjuksköterska vid staden angränsande distriktsdispensär rätt att utöva dispensärvården jämväl i staden. Tillämpas denna anordning bör i staden bosatt distriktsdispensärläkare vara dispensärläkare även för staden. Härutinnan göres i det stora hela ingen förändring i nuvarande förhållanden beträffande läkaren, emedan städer som icke utgöra eget dispensärdistrikt tillsamman med kringliggande landsbygd bilda ett sådant distrikt. Denna anordning lämpar sig väl för mindre städer.

En annan utväg att ordna sköterskefrågan för senast ifrågavarande städer är, att distriktsvårdsstyrelsen anställer en eller eventuellt flera distriktssköterskor, avsedda att utöva dispensärvården i städerna. Denna anordning synes styrelsen kunna väl lämpa sig i sådana landstingsområden, där städerna ligga nära intill varandra.

En tredje utväg är, att i medelstora städer avtal träffas mellan distriktsvårdsstyrelsen och staden, att en inom staden anställd sjuksköterska utövar dispensärsköterskas åligganden därstädes. Detta förutsätter för dispensärvårdens del, att sköterskan har sådan erfarenhet och utbildning, att hon kan av medicinalstyrelsen godkännas för berörda uppgift. — Med hänsyn till den socialhygieniska verksamhetens betydelse torde vissa städer av ifrågavarande storleksordning redan ha anställt sköterskor med erforderlig kompetens, och deras antal kommer säkerligen att snart ökas.

I sådana städer för vilka någon av de båda sist föreslagna anordningarna träffats, torde det vara lämpligt, att någon av stadens tjänsteläkare får i uppdrag att vara läkare vid dispensärvården och härför tillerkännes ett arvode minst motsvarande det som skulle tillkomma läkare vid distriktsdispensär. Enahanda beräkningsgrund skulle även kunna till-

lämpas vid beräklandet av kostnaderna för expenser och sjukvårdsföresnödenheter.

Vad nu föreslagits skulle bliva ett provisorium i avvaktan på att distriktsvården för städernas vidkommande bleve slutgiltigt ordnad. Enligt vad medicinalstyrelsen under hand erfarit, kommer bostadssociala utredningen i ett blivande andra betänkande att framlägga förslag rörande ändringar i vissa delar av hälsovårdsstadgan samt anordnande av förbättrad bostadsinspektion i städer och stadsliknande samhällen, där kap. 1 i hälsovårdsstadgan är gällande, och däri föreslå, att distriktssköterskor tillsättas i städer med jämväl över 3 000 invånare. För den händelse att dylikt förslag förverkligas, uppkommer frågan huruvida särskilda befattningshavare för dispensärvården skulle bibehållas å dessa platser.

Dispensärvårdens ledning. Inom varje dispensärvårdsområde bör dispensärverksamheten vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, innefattande även områdets indelning i dispensärdistrikt. Där mer än en dispensär förefinnes inom ett sjukvårdsområde, är ett centralt organ för dispensärbetets enhetliga ledning oumbärligt. Detta centrala organ utgöres för närvarande som förut nämnts i allmänhet av en särskild av landstinget utsedd dispensärstyrelse. Statens sjukvårdskommitté förutsätter, att en sådan dispensärstyrelse skall finnas i varje län och föreslår, att nämnda styrelse anförtros handhavandet och fördelningen av de föreslagna statsbidragen till pneumothoraxpatienternas resor och därmed sammanhängande åtgärder. Enligt medicinalstyrelsens uppfattning torde för det förebyggande tuberkulosarbetet vara lämpligast, att ledningen av dispensärverksamheten inom varje landstingsområde handhaves av ett landstingets centralorgan, där jämte den allmänna hälsovården, representerad av förste provinsialläkaren, tuberkulosvården företrädes av en läkare med sanatorieläkarkompetens.

För det hälsovårdande arbetet inom respektive sjukvårdsområden finnas redan nu en rad fristående styrelser för arbete utanför sjukhusen. Medicinalstyrelsen vill här erinra om barnmorskestyrelser, distriktsvårdsstyrelser och dispensärstyrelser. Skulle så härtill komma särskild ledning för bostadstillsynen (bostadsinspektionen) samt för moderskapskyddet och barnavården ävensom för skolbarnsvården, inses lätt, att man riskerar att få ett komplex av organisationer, som blir synnerligen svårhanterligt. De olika styrelserna kunna lätt gripa in på varandras områden, varigenom oreda och oöverskådlighet i arbetet kan uppstå. Det synes styrelsen därför angeläget, att frågan om hur den socialhygieniska verksamhetens centrala ledning inom länen bör organiseras, snarast upptages till en ingående prövning.

I det föregående har berörts, att de nuvarande dispensärerna inom flera landstingsområden ha en lokal styrelse, vanligen kallad dispensärnämnd, i vilken dispensärläkaren i regel är självskriven ordförande. Dispensär-

nämndernas måhända främsta uppgift synes hava varit att träffa anstalter för sommarkoloniverksamheten, för vilken primärkommuner och enskilda visat stort intresse. För dennas främjande torde nämnderna ofta ha haft beaktansvärd betydelse. De ha därjämte flerstädes haft till uppgift att vara förvaltningsorgan för till dispensärverksamheten utanordnade medel, särskilt sådana av lokalt ursprung, såsom av kommunerna i dispensärdistriktet beviljade anslag till sommarkolonier eller annan barnavård samt av medel, som på enskild väg hopsamlats eller donerats för samma ändamål. Nämnderna handhava därjämte ofta även sådana medel, som av kommunerna inom distriktet eventuellt anslås till hjälp och understöd åt tuberkulösa, vilka medel förvaltas och redovisas särskilt. För nu nämnda uppgifter som förvaltningsorgan äro nämnderna redovisningsskyldiga inför landstingets och kommunernas revision.

Enär dispensärnämnderna inom vissa landstingsområden anses obehöfliga på grund av annan organisation i förvaltningsavseende, böra de ej heller för framtiden vara obligatoriska. Något allmänt erkänt behov av dylika lokala styrelser för de perifera dispensärerna torde nämligen icke föreligga. Med hänsyn härtill vill styrelsen förorda, att det må läggas helt och hållet i landstingets hand att bestämma om och i vilken utsträckning dispensärnämnder skola vara verksamma samt att reglera deras verksamhet.

Dispensärernas personal. Å de närmast förestående sidorna har personalfrågan flerstädes varit föremål för behandling. Med hänsyn till dess vikt torde dock, även om en upprepning i vissa stycken blir en följd härav, en översikt av densamma böra givas i ett sammanhang.

Som föreståndare för A-dispensär kräves läkare med samma behörighetsvillkor, som äro föreskrivna för sanatorieläkare vid sådana sanatorier, som icke äro kustsanatorier. Då sju fristående A-dispensärer ingå i styrelsens förslag, skulle endast sju nya läkartjänster av ifrågavarande slag behöva tillsättas. De vid sanatorierna förlagda dispensärerna skulle som nämnts förestås av sanatorieläkarna. Skulle svårigheter för sådan läkare uppkomma att förena sanatorieläkartjänsten med uppgiften att vara A-dispensärläkare, kan på visst sanatorium det visa sig erforderligt att anställa en biträdande sanatorieläkare. Styrelsen räknar med, att detta skall bliva behöfligt endast i undantagsfall. Läkaren bör i de fall, då han med hänsyn till sin tjänsteställning eljest icke åtnjuter rätt till tjänstårsberäkning lika med civila läkare i statens tjänst, tillerkännas dylik rätt. Särskild bestämmelse härom bör utfärdas. Den tjänstårsberäkning, som således skulle komma dispensärläkaren till del anser styrelsen böra tillgodoräknas honom såsom sjukhusår.

Tillsättandet av dispensärläkare vid fristående A-dispensär synes böra ske sålunda, att efter tjänstens ledigförklarande i vanlig ordning, medicinalstyrelsen på förslag uppför tre av de sökande, varefter vederbörande dispensärstyrelse eller det ortcentrala organet lämnar sitt förord till en

av de på förslaget uppförda. Sedan så skett, skulle medicinalstyrelsen hava att till bestridande av tjänsten förordna den sökande, som på grund av förtjänst och skicklighet samt med hänsyn till det givna förordet anses böra främst komma i åtanke. Det bör tillkomma medicinalstyrelsen att på framställning av vederbörande dispensärstyrelse förordna läkare vid till sjukvårdsanstalt ansluten A-dispensär.

I anställningsvillkoren för sanatorieläkare respektive biträdande sanatorieläkare torde böra intagas skyldighet för dem att mot fastställd ersättning mottaga förordnande såsom dispensärläkare vid dispensär, förlagd till det sanatorium, vid vilket han har sin tjänst.

Till den fristående A-dispensärens personal hör därjämte en dispensärsköterska med röntgenutbildning. Är A-dispensär förlagd till sanatorium, kunna denna sköterskas uppgifter, fördelas på exempelvis tvenne i sanatoriets tjänst anställda sköterskor, en med röntgen- och en med dispensärsköterskeutbildning. Särskild sköterska behöver därför icke uppföras på dessa dispensärers stat. Behov av skrivhjälp är ovan omnämnt.

För läkare, som skall förestå B-dispensär, torde icke särskilda behörighetsvillkor för närvarande böra föreskrivas. Det har emellertid ovan framhållits, att behov av förbättrad utbildning rörande tuberkulosvård framför allt dess sociala del föreligger. Förutom läkare skall särskild dispensärsköterska finnas anställd vid ifrågavarande dispensär. Läkare och sköterska böra anställas tillsvidare av vederbörande dispensärstyrelse.

För distriktsdispensär skall, så vitt icke särskilda skäl föranleda undantag, vederbörande tjänsteläkare vara föreståndare. Såsom sköterskor tjänstgöra de distriktssköterskor, som inom dispensärdistriktet hava tjänst såsom sådana.

Sköterskor anställda vid dispensär skola hava nöjaktigt genomgått statens skola för distriktssköterskor, försåvitt sköterska icke vid den föreslagna kungörelsens ikraftträdande erhållit dispens från detta villkor. Att undantag från denna regel bör kunna medgivas vid vissa A-dispensärer har ovan nämnts.

Beträffande läkare och sköterska vid dispensär i stad hänvisas till vad ovan anförts angående dispensärvård i städer.

Dispensärverksamhetens finansiering.

Såsom förut nämnts, har dispensärverksamheten inom flertalet sjukvårdsområden anordnats av landstingen. Dessa svara alltså i sista hand för kostnaderna för verksamheten. Landstingen respektive andra korporationer, som anordnat dispensärvård, åtnjuta emellertid bidrag till driftkostnaderna från skilda håll, främst från staten, nationalföreningen mot

tuberkulos, länsföreningar och kommuner, varjämte gåvor, tillfälligt insamlade medel och räntor av donationer i ej ringa utsträckning pläga komma verksamheten till godo.

A. Statsbidrag till dispensärverksamhet utgår för närvarande jämlikt bestämmelserna i ovanberörda kungörelse den 8 maj 1925 (nr 329) med däri sedermera gjorda ändringar. Detta bidrag må, enligt i § 4 av kungörelsen lämnad föreskrift, allenast avse utgifter för:

- a) läkar- och sjuksköterskearvoden,
- b) resor i dispensärens tjänst,
- c) hyra för och underhåll av dispensärlokal,
- d) expedition samt inköp av nödvändiga sjukvårdsartiklar, ävensom
- e) organiserad barnavård.

Däremot är uttryckligen föreskrivet, att bidrag av statsmedel icke må utgå för vad som lämnats såsom *understöd* åt enskilda personer.

Statsbidraget får utgå med högst en fjärdedel av dispensärens utgifter för de i § 4 a)—e) av kungörelsen angivna, ovan omförmälda ändamål.

Det av riksdagen beviljade anslaget till understödjande av dispensärverksamhet har under de senaste åren uppgått till 450 000 kronor. Alltsedan år 1932 har Eders Kungl. Maj:t, i samband därmed att av riksdagen för understödjande av dispensärverksamhet beviljade anslag ställts till styrelsens förfogande, anbefallt styrelsen att vid granskningen av till styrelsen inkomna ansökningar om statsbidrag för ifrågavarande ändamål noga pröva skäligheten av de utgiftsbelopp, för vilka statsbidrag begärdes, att därvid tillse, att bidrag endast beviljades å belopp, mot vilkas storlek icke vore något att erinra, samt att jämväl i övrigt undersöka, huruvida icke bidrag kunde sättas lägre än det fastställda maximum. Med hänsyn till de sålunda lämnade direktiven har styrelsen alltsedan år 1932 vid beviljande av statsbidrag till understödjande av ifrågavarande verksamhet tillämpat de grunder, som finnas angivna i en av styrelsens kamrerare i ärendet upprättad promemoria av följande lydelse:

»Rikets län hava indelats i tre grupper i enlighet med av Nationalföreningen mot tuberkulos uppgjord plan.

Första gruppen:

Södermanlands län, Jönköpings län, Örebro län, Stockholms län Uppsala län, Älvsborgs län, Kristianstads län, Västmanlands län, Kronobergs län, Östergötlands län, Hallands län, Malmöhus län, Skaraborgs län.

Andra gruppen:

Kopparbergs län, Värmlands län, Gävleborgs län, Gotlands län, Göteborgs och Bohus län, Kalmar län, Blekinge län.

Tredje gruppen:

Västernorrlands län, Jämtlands län, Västerbottens län, Norrlottens län.

Statsbidraget har utbetalats med för första gruppen 20, för andra gruppen 22 och för tredje gruppen 25 procent av dispensärernas kostnader för de under § 4 punkt a)—e) i kungörelsen uppräknade utgiftsposter, dock med följande begränsningar

1) å arvode till dispensärläkare har statsbidrag beviljats med 20, 22, respektive 25 % av läkararvodet, som därvid beräknats dels till högst 100 kronor för det första 10 000-talet invånare i dispensärdistriktet med tillägg av 10 kronor för varje påbörjat ytterligare 1 000-tal invånare, dels till högst 5 kronor för varje under året av dispensärläkaren utförd undersökning (sålunda erhållet statsbidragsbelopp har ej fått överstiga 500 kronor),

2) å avlöning till dispensärsköterska har på ovan angivet sätt beräknat statsbidrag utgått med högst 600 kronor för såväl kontant lön som förmåner av fri bostad, värme och lyse,

3) å arvoden till befattningshavare vid centralt organ har statsbidraget utbetalats med högst 500 kronor för varje landstingsområde samt

4) å driftkostnader vid barnhem och sommarkolonier har statsbidraget utgått med högst 42½ respektive 25 öre per underhållsdag med undantag för sommarkolonier inom tredje gruppens län, till vilka bidrag utgått oavkortat med en fjärdedel av kostnaderna.»

Av de ovan angivna utgifterna för dispensärverksamheten har, enligt en inom nationalföreningen verkställd beräkning, statsbidrag utgått för år 1930 med 23 %, för år 1931 med 22½ %, för år 1932 med 21½ % samt för år 1933 med 20½ %.

Enligt vad styrelsens huvudbok utvisar, har från anslaget till understödjande av dispensärverksamhet utbetalts under budgetåret 1932/1933 440 331 kronor samt under budgetåret 1933/1934 449 648 kronor.

Då styrelsen nu övergår till att redogöra för de bidrag för ifrågavarande ändamål, som lämnats av nationalföreningen mot tuberkulos, länsföreningar, kommuner m. fl., anser styrelsen sig böra nämna, att nationalföreningen mot tuberkulos benäget lämnat dessa uppgifter.

B. Nationalföreningens bidrag har sedan år 1917 utgått efter i huvudsak samma principer som statens bidrag. Det har emellertid under de senare åren begränsats till att utgöra högst en femtedel av dispensärutgifterna, dock högst 1 200 kronor för varje dispensär, vilket maximibelopp emellertid för de län, där tuberkulosdödligheten är störst, d. v. s. de nordligare, höjts till 1 300 à 1 400 kronor för varje dispensär. Nationalföreningens bidrag utgjorde år 1932 467 939 kronor eller 21½ % och år 1933 453 015 kronor eller 20½ % av de egentliga dispensärutgifterna. Dessa siffror inefatta dels nationalföreningens direkta bidrag till dispensärverksamheten, dels anslagen till av dispensärerna driven barnavårdsverksamhet, vilka ingått i dessas räkenskaper. I själva verket har nationalföreningen till verksamhet av detta slag t. ex. till barnhem, som äro anknutna till dispensärer, lämnat ännu större bidrag, så att det totala bidraget år 1932

uppgick till 572 456 kronor och 1933 till 548 700 kronor, av vilka summor emellertid den del, som överskjuter de härövan först angivna bidragsbeloppen, icke ingått i dispensärernas räkenskaper vid deras ansökan om statsbidrag.

Nationalföreningens bidrag var från början avsett att i enlighet med denna förenings uppgift väcka intresse för och åvägabringa en prövning av en förut i vårt land föga känd arbetsmetod i tuberkuloskampen. Efter hand har emellertid bidraget tagit en mera stadigvarande karaktär, och på grund av de ekonomiska förhållandena i landet har det fortfarande måst utgå, ehuru verksamhetens egentliga försöksstadium passerats. Huvuddelen av nationalföreningens inkomster har därigenom bundits såsom ordinarie anslag, varigenom föreningens möjlighet att taga nya initiativ och främja en utveckling efter nya linjer blivit i hög grad hämmad.

C. Bidrag från länsföreningar mot tuberkulos förekomma huvudsakligen blott i de tvenne län, där verksamheten icke övertagits av landstingen, nämligen Blekinge och Västmanlands län. Smärre bidrag hava dock lämnats inom några andra län. Den totala summan av länsföreningarnas bidrag uppgick år 1933 till 36 455 kronor.

D. Kommunerna lämna inom många områden direkta anslag till dispensärverksamheten dels som kontant understöd, dels i form av avlöningsbidrag, bostad eller andra förmåner för dispensärsköterskorna. De kontanta bidragen äro avsedda för understöd åt tuberkulösa och deras familjer från respektive områden och användas sålunda till de slag av utgifter, som icke få läggas till grund vid sökande av statsbidrag. En del kommuner hava därjämte lämnat kontanta bidrag till barnkoloniverksamheten inom distriktet. Kommunernas bidrag uppgick år 1933 till 395 310 kronor.

E. Gåvor, räntor etc. ingå även såsom en rubrik bland dispensärernas inkomster. Dispensärverksamheten har inom olika delar av landet fått mottaga åtskilliga donationer, vilkas avkastning får användas för detta ändamål. Hit höra även sådana inkomster, som uppstå genom särskilda insamlingar, fester m. m. till verksamhetens förmån. Användningen av dessa inkomster är mycket olikartad; i en del fall är den avsedd uteslutande för understöd, i åtskilliga fall är den avsedd för sådan verksamhet, till vilken statsbidrag även utgår, särskilt då anordnande av sommarkolonier. Beloppet av sådana räntor och gåvor uppgick år 1933 till omkring 290 000 kronor.

F. Landstingen, som i stort sett i sista hand ansvara för dispensärernas ekonomi, hava bidragit med betydande och under årens lopp kraftigt stigande belopp. Till belysning härav kan nämnas, att landstingens anslag, som år 1915 uppgick till endast 64 855 kronor, för år 1933 stigit till 1 045 227 kronor. Anslaget för sistberörda år är alltså cirka 15 gånger så stort som anslaget för förstnämnda år.

Kostnaderna för dispensärverksamhetens framtida ordnande. Då styrelsen nu till behandling skall upptaga frågan om kostnaderna för ovan

föreslagna omorganisation av dispensärverksamheten, synas först några allmänna synpunkter böra framhållas.

Å ena sidan komma utgifterna för den perifera dispensärverksamheten att successivt minskas därigenom att inom områden, där förhållandena det tillåta, en större eller mindre del av B-dispensärernas verksamhet överflyttas till distriktsvården. Sålunda till distriktsvården överflyttade B-dispensärer skulle, såsom ovan nämnts, komma att benämnas distrikts-dispensärer. Å andra sidan komma utgifterna för anordnande av de föreslagna A-dispensärerna att medföra en ökning av ifrågavarande kostnader. Det må framhållas, att nyssnämnda ökning av kostnaderna betingas *dels* av de utgifter, som bliva förenade med anskaffandet av den för A-dispensären nödiga utrustningen, *dels* därav, att driftkostnaderna vid en dylik dispensär — särskilt då en fristående sådan — måste ställa sig avsevärt högre än vid B-dispensärerna. Givetvis föreligga stora svårigheter att ens approximativt beräkna utgifterna för den nya organisationen både i vad det gäller engångskostnaderna och de årliga driftkostnaderna. Av ovan angivna skäl torde det särskilt i början av övergångstiden vara ännu svårare att beräkna de årliga kostnaderna för dispensärverksamheten. — Sedan vederbörande landsting beretts tillfälle att yttra sig, skulle styrelsen såsom förut nämnts besluta, huruvida och vid vilken tidpunkt den nya organisationen skulle träda i kraft.

A-dispensärer. Vad först beträffar A-dispensärerna, bero kostnaderna för desamma i första hand på det antal dylika dispensärer, som komma att anordnas. Av betydelse blir även i vilken utsträckning dessa måste inrättas såsom fristående dispensärer med särskilda för ändamålet anställda läkare och sjuksköterskor eller kunna förläggas till befintliga sjukvårdsanstalter eller eventuellt i undantagsfall anordnas såsom en filial till dylik anstalt. Enligt ovan angivna beräkningar skulle de fristående dispensärernas antal bliva 7, de vid sanatorier förlagda 29.

Då det gäller de fristående dispensärerna, synes avlöningen till läkaren böra bestämmas med tanke på, att denne skall ägna det mesta av sin tid åt dispensären. Med hänsyn till de fordringar, som måste ställas på läkaren i fråga, finner styrelsen arvodet böra sättas till 8 000 kronor per år, inberäknat ersättning för bostad, med en förhöjning av 1 000 kronor för inom Jämtlands, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län verksamma läkare.

Vid till sanatorier anslutna A-dispensärer torde arvodet lämpligen böra beräknas efter antalet utförda röntgenundersökningar. Efter ett beräknat antal av omkring 500 röntgenundersökningar per år och ett arvode av 10 kronor för varje undersökning skulle läkararvodet vid dessa dispensärer i medeltal uppgå till 5 000 kronor för år, med nyssnämnda förhöjning beträffande de fyra länen i Norrland.

Dispensärläkaren bör hålla särskilda dispensärmottagningar å tider, vilka på förslag av läkaren fastställas av dispensärstyrelsen eller veder-

börande centrala organ. Huruvida andra än mindre bemedlade patienter må mottagas och undersökas vid dispensärmottagningarna skall bero på dispensärstyrelsens beprövande. För de av läkaren vid dispensären utförda undersökningarna skall denne icke hava rätt att uppbära någon ersättning av patienterna.

Avlöning av sjuksköterska vid A-dispensär bör ej understiga den, som utgår till sjuksköterska i distriktsvård enligt de vid 1935 års riksdag antagna nya bestämmelserna. Medeltalet mellan A-dispensärsköterskors begynnelselön och slutlön torde sålunda kunna sättas till 3 000 kronor inklusive naturaförmåner. För sjuksköterska med röntgenutbildning bör motsvarande medeltal beräknas till 3 300 kronor inklusive naturaförmåner. Då A-dispensär är förlagd till sanatorium, torde kostnaderna för sjuksköterskans avlöande kunna beräknas till väsentligt lägre belopp med hänsyn till att en avsevärd del av hennes arbetstid lär ägnas åt vederbörande sanatorium. Det bidrag dispensären skulle lämna till hennes avlöning kunde lämpligen sättas till 1 000 kronor.

För en fristående A-dispensär synes man böra räkna med en genomsnittlig årshyra för en lokal om i medeltal 4 rum, av 2 500 kronor inberäknat kostnad för uppvärmning. Är dispensären förlagd till ett sanatorium, bör någon hyresersättning ej komma i fråga.

De årliga utgifterna för film och andra förbrukningsartiklar torde ställa sig väsentligt olika för en A-dispensär förlagd till ett sanatorium och för en fristående sådan dispensär. I förstnämnda fall torde man nämligen bl. a. kunna räkna med, att en stor del av röntgenfilmen från dispensären kommer sanatoriet till godo, då de undersökta i många fall sedermera intagas såsom patienter på sanatoriet. Därigenom skulle sanatoriets kostnader för röntgenfilm i någon mån minskas. Styrelsen anser sig därför kunna upptaga ifrågavarande utgiftspost för A-dispensären i respektive här avsedda fall till 2 000 kronor och 4 000 kronor.

För belysning och städning av lokalerna vid en A-dispensär, som är förlagd till ett sanatorium, synes ingen kostnad böra beräknas. Däremot torde för dylikt ändamål ett anslag å 800 kronor vara erforderligt vid fristående dispensär.

Slutligen synes ytterligare en post, benämnd övriga expenser, underhåll av inventarier, skrivhjälp och postporton samt oförutsedda utgifter böra upptagas med ett belopp av vid fristående dispensär 1 400 kronor — varav för skrivhjälp 400 kronor — och vid dispensär ansluten till sanatorium 700 kronor — varav för skrivhjälp 200 kronor.

De approximativt beräknade årliga driftkostnaderna för varje fristående A-dispensär eller vid ett till sanatorium ansluten dylik dispensär skulle sålunda utgöra

vid fristående A-dispensär:

Läkare, arvode	kronor	8 000
Sjuksköterska, arvode	»	3 300
Hyra för och underhåll av lokaler	»	2 500
Film och övriga förbrukningsartiklar.....	»	4 000
Belysning, annan elektrisk kraftförbrukning och städning	»	800
Övriga expenser (expedition m. m.), underhåll av inventarier samt oförutsedda utgifter.....	»	1 400
Summa kronor		20 000

vid dispensär, ansluten till sanatorium:

Läkare, arvode	kronor	5 000
Ersättning för biträde av sjuksköterska.....	»	1 000
Film och övriga förbrukningsartiklar.....	»	2 000
Övriga expenser (expedition m. m.), samt oförutsedda utgifter	»	700
Summa kronor		8 700

Då antalet till sjukvårdsanstalter anslutna A-dispensärer beräknats till 29 och antalet fristående A-dispensärer föreslagits till 7, skulle de beräknade kostnaderna komma att uppgå till för förstnämnda dispensärer (8 700 $\times$ 29) 252 300 kronor och för sistnämnda dispensärer (20 000 $\times$ 7) 140 000 kronor eller tillhopa 392 300 kronor. Vinner förslaget om förhöjt läkarearvode för de fyra nordligaste länen godkännande, ökas denna summa med 8 000 kronor.

I Hallands län skulle, enligt vad ovan nämnts, en fristående A-dispensär finnas med s. k. filialmottagning på annan ort. Kostnaderna för dylik filialmottagning torde kunna beräknas till samma belopp som kostnaderna för en fristående A-dispensär, dock med avdrag för beräknade arvoden till läkare, sjuksköterska samt skrivhjälp eller sålunda (20 000 — 11 700) 8 300 kronor. Till denna summa måste dock läggas kostnaderna för läkarens och sjuksköterskans resor, vilka synas böra upptagas till ett belopp av 900 kronor. Den årliga kostnaden för en dylik filialmottagning synes därför böra beräknas till 9 200 kronor. Dylika filialmottagningar komma möjligen att i framtiden visa sig behövliga vid A-dispensärer i andra län än Hallands.

För de fristående A-dispensärer, som nyinrättas, tillkommer därjämte en engångskostnad för anskaffande av röntgenapparat. Storleken av denna kostnad torde, enligt vad från sakkunnigt håll inhämtats, böra uppskattas till omkring 10 000 kronor för varje sådan dispensär. Då av de sju fristående A-dispensärerna sex äro nya, skulle summan av nyssnämnda engångskostnader kunna beräknas uppgå till 60 000 kronor. Av skäl, som nedan närmare komma att beröras, torde dock näppeligen något anslag av statsmedel för detta ändamål erfordras.

B-dispensärer. Såsom ovan nämnts finnas för närvarande i riket 231 dispensärer. Antalet dispensärer i de 13 landstingsområden, där på angivna grunder B-dispensärer tills vidare komme att bibehållas, uppgår

till 158. Då medeltalet av de statsbidragsberättigade utgifterna för rikets 231 dispensärer under år 1933 uppgick till cirka 9 500 kronor per dispensär och då man har anledning antaga, att driftkostnaden även framtiden kommer att hålla sig omkring nämnda belopp samt att antalet B-dispensärer icke ökas, skulle summan av nämnda utgifter för ifrågavarande 158 dispensärer uppgå till 1 501 000 kronor. Av skäl, som nedan närmare komma att beröras, torde dock någon sänkning av detta belopp till förslagsvis 1 430 000 lämpligen böra göras.

Distriktsdispensärer. Skäl finnas antaga att inom relativt kort tid den nya organisationen skall kunna genomföras inom närmare halva antalet av rikets län. I och med att nyssnämnda organisation blir genomförd inom ett landstingsområde, kommer en del av de nuvarande kostnaderna för de perifera dispensärerna att bortfalla, en del att överflyttas på distriktsvården. De enda väsentliga utgifter, som vid en distriktsdispensär torde behöva belasta dispensäranslaget, äro utgifterna för läkararvode, expedition, nödvändiga sjukvårdsförnödenheter ävensom för organiserad barnavård. Den nuvarande utgiften för resor i dispensärens tjänst torde praktiskt taget komma att bortfalla. Sjuksköterskornas distrikt bliva nämligen hädanefter små i förhållande till de nuvarande dispensärsköterskornas, och deras resor för dispensärvården torde vanligen komma att kombineras med andra tjänsteförrättningar.

För varje mottagning bör dispensärläkaren komma i åtnjutande av ett arvode av 15 kronor. Beräknas mottagningarnas antal till i medeltal 24 per år, skulle läkarens arvode sålunda komma att uppgå till (24×15) 360 kronor.

Beträffande övriga kostnader för ifrågavarande verksamhet synes man lämpligen kunna utgå från, att desamma, särskilt med hänsyn till den lägre tuberkulosfrekvensen, komma att ställa sig lägre än vid B-dispensärerna. Inom nationalföreningen hava uppgjorts vissa tablåer över dispensärverksamheten, benämnda »Statistiska och ekonomiska uppgifter om de statsunderstödda dispensärerna i Sverige», varav ett exemplar överlämnas till Eders Kungl. Maj:t.

Genom bearbetning av vissa av dessa uppgifter framgår, att medeltalet av utgifterna under år 1933 för varje dispensär — dispensärerna i Hallands och Älvsborgs län undantagna — uppgått till följande belopp, nämligen för expedition 258 kronor, för sjukvårdsartiklar 505 kronor samt för organiserad barnavård 2 694 kronor.

Med hänsyn till nyssnämnda lägre tuberkulosfrekvens torde man kunna räkna med, att nyssnämnda kostnader komma att avsevärt minska. Då i posten »sjukvårdsartiklar» hittills ingått även utgifter för röntgenundersökningar, vilka hädanefter skulle komma att belasta A-dispensärernas konto, torde denna post kunna reduceras i särskilt hög grad, enär kostnaden för röntgenundersökningarna på de flesta håll utgjort huvudparten av densamma.

Varje dispensär skulle sålunda kunna beräknas komma att draga en årlig kostnad av

för arvode åt läkaren.....	360 kronor
» expenser.....	120 »
» sjukvårdsförnödenheter.....	120 »
» organiserad barnavård	1 200 »
eller sålunda tillhopa.....	1 800 kronor

Då man för de närmaste åren torde böra räkna med 144 distriktsdispensärer, skulle utgifterna för desamma kunna beräknas till 259 200 kronor.

Inom vissa sjukvårdsområden, som övergått till den nya organisationen, torde det, såsom ovan berörts, bliva erforderligt att anställa åtminstone ytterligare någon sjuksköterska för att utöva dispensärvård i städer, vilka ha större invånareantal än 3 000. Härjämte har ovan framhållits, att behov kan föreligga att tillfälligtvis eller mera permanent anställa sjuksköterska, som å platser, där distriktssköterskorna ej medhinna allt arbete, deltagar i det socialhygieniska och tuberkulosförebyggande arbetet i olika delar av landstingsområdet. Dylik sjuksköterska synes böra i avlöningshänseende jämföras med distriktssköterska och sålunda erhålla en beräknad årlig medellön av inklusive naturaförmåner 3 000 kronor. Man torde böra räkna med att för tillgodoseende av de båda här senast omförmälda behoven cirka 20 sjuksköterskor skulle bliva erforderliga. I resekostnader och dagtraktamenten för varje dylik sjuksköterska lärar böra beräknas 500 kronor per år. Man torde alltså för ifrågavarande ändamål böra räkna med en approximativ kostnad av $(3\,500 \times 20)$ 70 000 kronor. Dessutom bör hänsyn tagas till den i det föregående berörda möjligheten att inom vissa städer efter avtal mellan staden och vederbörande landsting av staden anställda sjuksköterskor komma att därstädes fullgöra en dispensärsköterskas åligganden. Halva kostnaden för sådan sjuksköterskas avlöning torde kunna anses utgöra skälig ersättning från landstingets sida för hennes befattnings med dispensärvården. Approximativt kan man räkna med sådan ersättning till cirka 10 sjuksköterskor inom de landstingsområden, där den nya organisationen inom nära framtid kommer att genomföras, eller $(10 \times 1\,500)$ 15 000 kronor.

Enligt ovan gjorda beräkningar skulle de årliga utgifterna för den närmaste tiden för dispensärväsendets del kunna förväntas uppgå till $(400\,300 + 9\,200 + 1\,430\,000 + 259\,200 + 70\,000 + 15\,000 =)$ 2 183 700 kronor.

Då de statsbidragsberättigade utgifterna för dispensärverksamheten i riket för år 1933 uppgingo till 2 197 529 kronor, skulle sålunda, enligt de ovan gjorda beräkningarna, genomförandet av ifrågavarande omorganisation draga kostnader, som något understiga det belopp som hittills utgått för samma ändamål. Det får härvid dock icke förbises, att lönerna

för de i fältarbetet verksamma sjuksköterskorna i väsentlig mån överförts på distriktsvårdens konto. Emellertid bör beaktas att kostnaderna för de föreslagna A-dispensärerna, för vilkas stora betydelse med avseende å ifrågavarande verksamhets effektivitet styrelsen ovan redogjort, uppgå till icke mindre än 400 300 kronor. Det sist anförda förklarar, att minskningen i kostnaderna för den föreslagna dispensärverksamheten icke blivit större än fallet är.

Kostnadernas fördelning. Vederbörande landsting skall såsom huvudman för dispensärverksamheten bära det ekonomiska ansvaret för densnas bedrivande. Bidrag till kostnaderna för verksamheten har såsom förut berörts lämnats från nationalföreningen mot tuberkulos, länsföreningar och kommuner. Härtill komma gåvor, tillfälligt insamlade medel och räntor av donationer, som kunna komma verksamheten till godo.

Att beräkna storleken av de bidrag, som på detta sätt kunna erhållas, stöter givetvis på mycket stora svårigheter, varför de nedan i dylikt avseende gjorda kalkylerna måste betraktas såsom approximativa.

Beträffande *nationalföreningens* bidrag har detta, såsom förut nämnts, utgått dels i form av anslag till dispensärverksamheten i dess helhet inom respektive sjukvårdsområden, dels till vissa grenar av densamma såsom spädbarnsvård och barnhem. Av nationalföreningens anslag till dispensärverksamhet ingingo år 1933 i dispensärernas räkenskaper 453 015 kronor, och av detta belopp utgjorde 294 104 kronor anslag till dispensärverksamheten i dess helhet. Återstoden eller 158 911 kronor utgjorde sådana bidrag till barnskyddsverksamhet, som influtit i dispensärernas räkenskaper.

Enligt vad som inhämtats, torde nationalföreningen anse sig förpliktad att tills vidare i samma utsträckning som hittills understödja åtgärder för att skydda tuberkuloshotade barn, vadan förut nämnda belopp å 158 911 kronor — avrundat nedåt till 150 000 kronor — tills vidare torde kunna påräknas såsom bidrag från föreningen för ifrågavarande ändamål. Beträffande anslaget till dispensärverksamheten i dess helhet, som under en lång följd av år utgått, måste framhållas, att nationalföreningen, vars egentliga verksamhet består i att befrämja prövandet av nya uppslag och arbetsmetoder i kampen mot tuberkulosen, i viss mån hindrats i sitt egentliga arbete därigenom, att en väsentlig del av dess årliga inkomster bundits genom beviljande av regelbundet återkommande anslag. Emellertid innebär här förut framlagda förslag till dispensärverksamhetens organisation vissa för arbetet nya former — A-dispensärerna — vilkas understödjande synes ligga inom området för nationalföreningens uppgifter. Nationalföreningen torde därför vara villig stödja dessa A-dispensärer med anslag både till engångskostnaderna och till den årliga driften. Beträffande nyssnämnda engångskostnader för anskaffande av röntgenapparat, vilka såsom angivits,

beräknats uppgå till per fristående A-dispensär 10 000 kronor, torde det, enligt vad styrelsen inhämtat, kunna påräknas, att denna kostnad helt eller till största delen kommer att bestridas av nationalföreningen. Den eventuellt återstående delen av denna kostnad synes böra ankomma på vederbörande landsting. Det har tidigare framhållits, att anordnandet och bekostandet av mass- och gruppundersökningar skulle bli en uppgift för nationalföreningen. Då sådana undersökningar, enligt vad erfarenheten visat, ställa sig relativt dyrbara, lär avsikten vara, att ett ej allt för obetydligt belopp av nationalföreningens nu bundna tillgångar lösgöres för detta ändamål. Av denna anledning lär man för närvarande icke böra beräkna högre årligt bidrag till A-dispensärerens driftkostnader än i runt tal 150 000 kronor. Sammanlagda totala årsbidraget till dispensärverksamheten från nationalföreningens sida skulle sålunda kunna beräknas till 300 000 kronor.

Bidrag från *länsföreningar* torde för framtiden kunna beräknas till ungefär samma belopp som hittills eller i avrundat tal 35 000 kronor. I sådant fall då av en länsförening förvaltat donation till tuberkulosens bekämpande möjliggör för densamma att lämna betydande bidrag till detta ändamål, torde det icke möta större svårigheter att utnyttja densamma vid en sådan förändring i organisationen av dispensärvården, att landstinget ställes såsom huvudman för densamma.

Kommunernas anslag för ifrågavarande ändamål uppgingo, såsom förut nämnts, år 1933 till 395 310 kronor, varav övervägande delen var avsedd till understöd. I vissa trakter förekommer dock att kommunala anslag beviljas även för de egentliga dispensärutgifterna, speciellt barnkolonier. Huru stor denna andel är, kan för närvarande icke exakt beräknas, men densamma synes kunna upptagas till cirka en femtedel av nyssnämnda anslag eller med ett belopp av 80 000 kronor.

Gåvor och räntor till dispensärverksamhetens främjande hava hittills uppgått till cirka 290 000 kronor årligen. En del av dessa gåvor äro visserligen avsedda till understöd, men större delen synes vara avsedd för sådana ändamål, vartill statsbidrag utgår. Det är framför allt barnskyddsverksamheten, anordnandet av barnkolonier och barnhem, som på detta sätt varit föremål för allmänhetens offervilja. Man torde kunna påräkna fortsatt intresse för denna verksamhet och räkna med ett årligt tillskott av detta slag på 250 000 kronor.

Med stöd av ovan gjorda beräkningar torde de årliga belopp, som under den närmaste tiden på dylikt sätt kunna förväntas inflyta och vilka belopp avse den statsbidragsberättigade verksamheten, kunna uppskattas till cirka 665 000 kronor, fördelade på följande sätt:

bidrag från nationalföreningen	300,000 kronor	
» » länsföreningar	35,000 »	
» » kommuner	80,000 »	
gåvor m. m.	250,000 »	

Av de statsbidragsberättigade utgifterna vid dispensärerna betalades under år 1933 20½ % av staten och 20½ % av nationalföreningen. Större delen av de återstående utgifterna hava gäldats av landstingen.

Statsbidrag synes, i den mån utgift av medicinalstyrelsen befunnits skälig, böra utgå

vid A-dispensär å samtliga utgifter för dispensärens drift och underhåll,

vid B-dispensär å de utgifter, som angivits i § 5 av bilagda förslag till kungörelse, samt

vid distriktsdispensär å utgifter för läkararvode, expedition, sjukvårdsförnödenheter samt för organiserad barnavård, ävensom å resekostnader och avlöning för hos distriktsvårdsstyrelse för utövande av dispensärvård särskilt anställda sjuksköterskor samt den ersättning, som enligt därom träffad överenskommelse utgår till stad för där anställd sjuksköterskas biträde med dispensärvården.

I sitt den 17 maj 1934 avgivna betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket har statens sjukvårdskommitté i åtskilliga fall föreslagit en överflyttning helt eller till viss del från landstingen till staten av kostnaderna för viss sjukvård. Styrelsen, som i avgivet yttrande över nämnda betänkande tillstyrkt dylik föreslagen överflyttning, anser, att i viss mån en likartad överflyttning av kostnaderna för dispensärvården bör komma till stånd. Styrelsen anser sig för sin del böra förorda, att statsbidrag må utgå med högst hälften av det belopp, som återstår sedan sammanlagda beloppet av de i § 5 av medföljande förslag till kungörelse omförmälda utgifter för dispensärverksamheten minskats med summan av under året till bestridande av dessa utgifter influtna bidrag och gåvor, det anslag, som för ändamålet utgått från landsting, oberäknat. I den mån en utgift befunnits för hög, skulle således statsbidrag beviljas efter en lägre beräkningsgrund.¹

I analogi med vad statens sjukvårdskommitté föreslagit beträffande driftbidrag till tuberkulosanstalter anser sig styrelsen böra föreslå, att ett *högre* statsbidrag skall utgå till dispensärverksamheten inom de sjukvårdsområden, vilkas tuberkulosdödlighet med mer än 25 % överstiger rikets medeltal, än vad som föreslås för landet i dess helhet.

Enligt den tidigare åberopade översikten över tuberkulosdödligheten i Sveriges olika sjukvårdsområden under treårsperioden 1931—1933 funnos blott tre sjukvårdsområden, inom vilka tuberkulosdödligheten med

¹ Särskilt må i detta sammanhang framhållas, att för läkare vid B-dispensär bör beträffande antalet årliga mottagningar samt arvudet för desamma gälla enahanda grunder som för läkare vid distriktsdispensär. I medeltal skulle med hänsyn till den högre tuberkulosfrekvensen i dessa områden ifrågavarande mottagningar komma att uppgå till 36 per år och läkarens för statsbidrag beräknade arvode inskränkas till 540 kronor. På grund härav och då såsom ovan nämnts röntgenkostnaderna komma att avlastas från B-dispensärernas utgiftsstat, har styrelsen ansett sig kunna räkna med en mindre sänkning av utgifterna för B-dispensärernas verksamhet.

mer än 25 % översteg rikets medeltal, nämligen Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län med en överdödlighet av respektive 29, 49 och 106 %.

De norrländska länen, framför allt Norrbottens län, intaga såsom tidigare framhållits, ett synnerligen ogynnsamt läge beträffande tuberkulosens utbredning. Norrbottens län torde höra till de ogynnsammast ställda områden i världen, från vilka tillförlitlig statistik föreligger. Därtill kommer, att tuberkulosens tillbakagång inom dessa sjukvårdsområden synes vara långsammare än inom övriga delar av landet och slutligen att dessa län höra till de beträffande landstingsskatt tyngst belastade i riket. Ett särskilt ingripande från statens sida för att lätta deras synnerligen betungande omkostnader för tuberkulosens bekämpande synes därför vara väl motiverat.

Att rättvist avväga ett sådant extra anslag är emellertid förenat med stora svårigheter. Efter övervägande har styrelsen ansett sig böra stanna vid följande förslag. Såsom högsta extra tillägg vill styrelsen föreslå ytterligare 25 % av dispensärkostnaderna efter avdrag av räntor, gåvor och övriga bidrag, vilket tillskott skulle utgå, så länge ett sjukvårdsområdes tuberkulosdödlighet med 100 % överstege rikets medeltal. I analogi härmed skulle sedan för de län, vilkas tuberkulosdödlighet med mer än 25 % överstege rikets medeltal, ett tilläggsanslag beviljas, som skulle beräknas på så sätt, att utöver det ordinarie anslaget på 50 % ytterligare så många procent utginge, som motsvarade en fjärdedel av det tal med vilket områdets tuberkulosdödlighet överstiger rikets medeltal. För närvarande skulle statens bidrag till de ifrågavarande sjukvårdsområdena komma att utgöra följande procentuella andelar av respektive områdes dispensärkostnader:

Västernorrlands län.....	57 %, förhöjning	7 %
Västerbottens »	62 %, »	12 %
Norrbottens »	75 %, »	25 %

Såvitt det med nu föreliggande uppgifter är möjligt att bedöma, lär det ökade bidrag, som ifrågasatts till dispensärverksamheten i förenämnda tre län, medföra en ökning av statens bidrag om i runt tal 50 000 kronor.

Enligt ovan gjorda beräkningar skulle de årliga utgifterna för dispensärväsendet för den närmaste tiden uppgå till 2 183 700 kronor. Sedan från denna summa avdragits ett beräknat belopp — utgörande bidrag och gåvor — å 665 000 kronor, skulle återstående utgifter 1 518 700 kronor täckas av stats- och landstingsmedel. Statens andel skulle alltså utgöra 759 350 kronor eller i avrundat tal 750 000 kronor. Vid bifall till styrelsens förslag om ökat bidrag till dispensärverksamheten i tre norrländska län komme sistnämnda belopp att ökas med 50 000 kronor till 800 000 kronor.

Kostnaderna för dispensärverksamheten skulle sålunda under ovan angivna förhållanden under de närmaste åren — bortsett från det ifrågasatta ökade statsbidraget till de tre norrlandslänen — komma att fördelas på ungefärligen följande sätt, nämligen:

staten	34·5 %
landstingen	34·5 %
övriga bidragsgivare	31·0 %.

Ett inom styrelsen utarbetat förslag till ny kungörelse angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet bilägges. (Bil. 2.)

Beträffande Eders Kungl. Maj:ts remiss den 12 december 1930, varigenom styrelsen anbefallts att avgiva utlåtande över en framställning från överstyrelsen för Svenska Röda Korset om, att gällande bestämmelser angående statsbidrag till driften av hem för friska barn från tuberkulösa familjer även måtte få avse liknande hem tillhörande Svenska Röda Korset, får medicinalstyrelsen anföra följande.

Då medicinalstyrelsen ovan föreslagit, att hädanefter endast landstingen skola vara huvudmän för dispensärverksamheten, synes det styrelsen, att statsbidrag till driften av här ifrågavarande barnhem, vilka ägas av föreningar eller korporationer, endast bör utgå, om dessa hem drivas av landsting. Styrelsen anser sig därför icke kunna tillstyrka bifall till överstyrelsens ovanberörda framställning.

Under återopande av vad ovan anförts, får medicinalstyrelsen hemställa, att Eders Kungl. Maj:t täcktes

dels låta utfärda ny kungörelse angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet i enlighet med förberörda förslag,

dels föreslå riksdagen att för understödjande av nämnda verksamhet anvisa ett förslagsanslag av 750 000 kronor eller vid bifall till styrelsens förslag om förhöjt bidrag till tre norrländska län 800 000 kronor.

dels ock, vid bifall till styrelsens förstberörda framställningar, medgiva att vid fristående A-dispensär, vilken är utrustad med för röntgenundersökning erforderlig apparatur, anställd läkare må åtnjuta rätt till tjänsteårsberäkning lika med civila läkare i statens tjänst från och med den dag, hans tillträde till befattningen blivit hos medicinalstyrelsen anmält, under villkor att han äger behörighet till läkarbefattning vid annat sanatorium än kustsanatorium och därmed jämförligt sanatorium samt att anmälan om tiden för hans tillträde till och avgång från tjänsten ävensom om honom beviljad ledighet och i anledning därav utfärdat förordnande för vikarie ofördröjligen göres av vederbörande huvudman.

Då styrelsens nu angivna yttrande icke blott torde vara att betrakta såsom ett yttrande över nationalföreningens betänkande utan framför allt såsom en fortsatt utredning rörande dispensärväsendets omorgani-

sation, har medicine doktorn G. Neander ansetts kunna vara föredragande av ärendet.

Därjämte hava i ärendets handläggning deltagit generaldirektören N. Hellström, medicinalråden E. Edén och J. Byttner, sjuksköterskeinspektrisen Kerstin Nordendahl, f. d. lasarettsläkaren E. Hedlund, sanatorieläkaren A. Forsheim samt förste provinsialläkaren i Östergötlands län N. Wranne.

Stockholm den 28 juni 1935.

Underdånigst

NILS HELLSTRÖM.

GUSTAF NEANDER.

Lennart Löfquist.

Tuberkulosdödligheten på 1 000 invånare i landets olika landstingsområden i medeltal för treårsperioden 1931—1933.

1. Södermanlands läns landstingsområde	0·73	37 %	} Under rikets medeltal.
2. Östergötlands » »	0·75	35 %	
3. Skaraborgs » »	0·82	29 %	
4. Malmöhus » »	0·83	28 %	
5. Hallands » »	0·97	16 %	
6. Kristianstads » »	0·98	15 %	
7. Örebro » »	0·98	15 %	
8. Älvsborgs » »	0·99	14 %	
9. Jönköpings » »	1·00	13 %	
10. Västmanlands » »	1·00	13 %	
11. Uppsala » »	1·01	12 %	
12. Kalmar » »	1·04	10 %	
13. Stockholms » »	1·07	7 %	
14. Värmlands » »	1·10	4 %	
15. Kronobergs » »	1·15		
Rikets medeltal för perioden 1931—1933	1·15		
16. Kopparbergs läns landstingsområde.....	1·22	6 %	} Över rikets medeltal.
17. Gävleborgs » »	1·27	10 %	
18. Göteborgs o. Bohus » »	1·36	18 %	
19. Gotlands » »	1·37	19 %	
20. Jämtlands » »	1·39	21 %	
21. Blekinge » »	1·44	25 %	
22. Västernorrlands » »	1·48	29 %	
23. Västerbottens » »	1·71	49 %	
24. Norrbottens » »	2·37	106 %	

Bil. 2.

**Förslag till kungörelse angående statsbidrag för understödjande
av dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande.**

§ 1.

Statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande må utgå till landsting, som med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse anordnat dylik verksamhet inom landstingsområdet.

§ 2.

I denna kungörelse benämnes område, inom vilket landsting anordnat dispensärverksamhet, dispensärvårdsområde och varje dispensärs verksamhetsområde dispensärdistrikt.

A-dispensär benämnes för röntgenundersökning utrustad dispensär, som förestås av läkare, vilken äger behörighet till läkarbefattning vid annat sanatorium än kustsanatorium och därmed jämförligt sanatorium och som förfogar över minst en dispensärsköterska. Vid A-dispensär skall finnas sjuksköterska med röntgenutbildning. A-dispensär är antingen fristående eller förlagd till en sjukvårdsanstalt.

B-dispensär benämnes dispensär, som förestås av legitimerad läkare, kallad dispensärläkare — i regel tjänsteläkare — och vid vilken särskild dispensärsköterska är anställd.

Distriktsdispensär benämnes dispensär vid vilken legitimerad läkare — i regel den tjänsteläkare som är distriktssköterskas förman — är dispensärläkare och distriktssköterska utövar dispensärsköterskas verksamhet.

Med dispensärsköterska avses i denna kungörelse sjuksköterska, som nöjaktigt genomgått fullständig kurs vid statens distriktssköterskeskola.

§ 3.

Ledningen av dispensärverksamheten inom varje dispensärvårdsområde skall utövas antingen av en av landstinget utsedd dispensärstyrelse eller ock av annat för den förebyggande vården inom landstingsområdet tillsatt centralt organ.

§ 4.

Dispensärverksamheten skall inom varje dispensärvårdsområde vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, innefattande även områdets indelning i dispensärdistrikt. Inom varje dispensärvårdsområde skall finnas minst en A-dispensär.

Inom dispensärvården verksamma befattningshavares tjänstgöringsförhållanden skola vara närmare reglerade genom av medicinalstyrelsen godkända instruktioner.

§ 5.

Statsbidrag till dispensär må allenast avse utgifter för:

1. vid *A-dispensär*: drift och underhåll;
2. vid *B-dispensär*:
 - a) läkar- och sjuksköterskearvoden,

- b) sjuksköterskas resor i dispensärens tjänst,
 - c) hyra och underhåll av dispensärlokal,
 - d) expedition samt inköp av sjukvårdsförnödenheter ävensom
 - e) organiserad barnavård;
3. vid *distriktsdispensär*:
- a) läkararvode,
 - b) expedition samt inköp av sjukvårdsförnödenheter ävensom
 - c) organiserad barnavård.

Vad i punkt 2 stadgas, skall beträffande centralt organ, varom i § 3 förmäles, äga motsvarande giltighet.

Bidrag av statsmedel må icke utgå för vad som lämnats såsom understöd åt enskilda personer.

Har landstinget inom dispensärvårdsområdet anordnat distriktsvård enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till distriktsvård, må statsbidrag icke utgå för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst.

§ 6.

Statsbidrag utgår med högst hälften av det belopp, som återstår, sedan sammanlagda beloppet av de i § 5 omförmälda utgifter för dispensärverksamheten under det år, statsbidraget avser, minskats med summan av under året till bestridande av dessa utgifter influtna övriga bidrag och gåvor, det anslag, som för ändamålet utgått från landstinget, oberäknat.

För dispensärvårdsområde i län, där tuberkulosdödligheten enligt senast offentliggjorda statistik med mera än 25 % överstigit rikets medeltal, må statsbidrag utöver det, som i föregående stycke nämnts, utgå med så många procent, som motsvara en fjärdedel av det tal, med vilket länets tuberkulosdödlighet överstiger rikets medeltal. Detta tilläggsbidrag av staten må dock icke utgöra mer än 25 % av i första stycket nämnt statsbidrag.

§ 7.

Ansökan om statsbidrag för visst år skall, ställd till medicinalstyrelsen, före den 1 mars nästföljande år till nämnda myndighet insändas.

Vid ansöknings skola fogas

specificerad uppgift angående dispensärernas inom dispensärvårdsområdet utgifter för i § 5 omförmälda ändamål under det sistförflutna året,

uppgift rörande under nyssnämnda år influtna bidrag och gåvor, vilka varit avsedda för i § 5 angivna ändamål,

av vederbörande förste provinsialläkare utfärdat intyg rörande nämnda år, att dispensärerna föreståtts av läkare, som omförmälas i § 2, samt att vid dispensärer-na anställda sjuksköterskor ägt föreskriven kompetens, samt

årsberättelse enligt av medicinalstyrelsen fastställt formulär.

§ 8.

Efter granskning av ansökningshandlingarna har medicinalstyrelsen att besluta om statsbidrags beviljande. Beviljas statsbidrag, skall detsamma till landstinget utbetalas av medicinalstyrelsen, som det ock tillkommer att meddela närmare föreskrifter, vilka, utöver vad här är stadgat, kunna finnas erforderliga.

§ 9.

Dispensärverksamhet, för vilken statsbidrag åtnjutes, skall stå under inseende av medicinalstyrelsen och vederbörande förste provinsialläkare.

Denna kungörelse träder i kraft den

193 .

Häri genom upphäves kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet med däri sedermera vidtagna ändringar.

Utan hinder av vad i § 5 sista stycket stadgas må, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag tills vidare kunna utgå jämväl för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst. Vad sålunda stadgas skall dock icke äga tillämpning med avseende å sådan vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård.

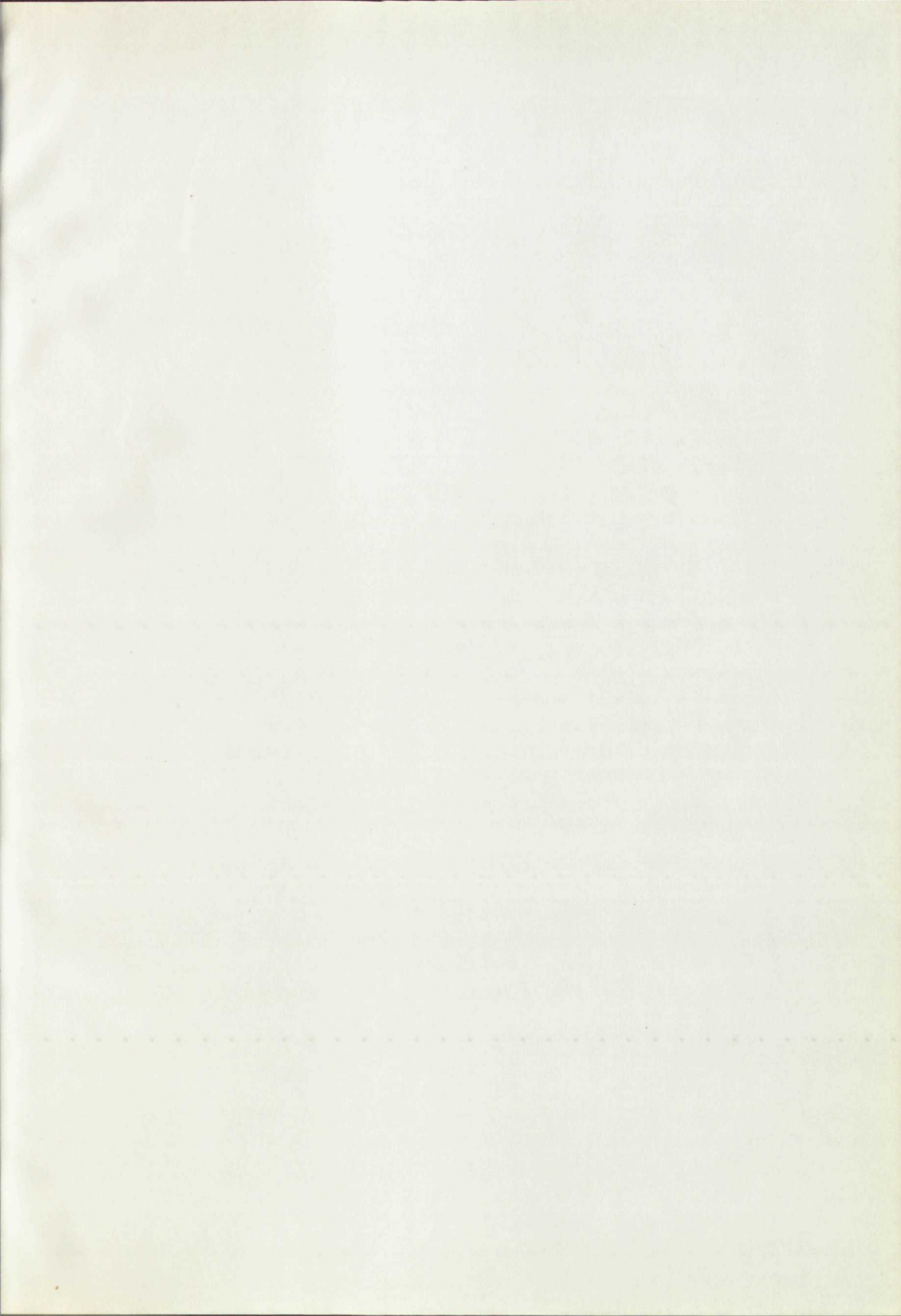
Statsbidrag må jämväl kunna utgå för bidrag till avlöning åt av stad anställd sjuksköterska, vilken efter överenskommelse mellan staden och distriktsvårdsstyrelse skall utöva dispensärvård inom stad, där landsting icke anordnat distriktsvård enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till distriktsvård.

Innehållsförteckning.

	Sid.
Inledning	3
Orienterande upplysningar	5
1935 års lagstiftning rörande distriktsvården m. m.	12
Kort historik över dispensärverksamhetens utveckling	13
Dispensärens arbetsuppgifter	15
Socialhygienisk verksamhet.....	16
Barnskyddsverksamhet m. m.....	16
Dispensärernas nuvarande organisation	17
Dispensärernas arbetskrafter	18
Kritisk granskning och önskemål	19
Förslag till dispensärverksamhetens framtida ordnande	21
A-dispensärer	24
B-dispensärer och distriktsdispensärer	27
Var böra B-dispensärerna i nuvarande form bibehållas och var böra de av- vecklas?.....	28
Dispensärvården i städerna.....	31
Dispensärvårdens ledning	33
Dispensärernas personal.....	34
Dispensärverksamhetens finansiering	35
Kostnaderna för dispensärverksamhetens framtida ordnande	38
Kostnadernas fördelning	44

Bilagor.

1. Tuberkulosdödligheten på 1 000 invånare i landets olika landstingsområden i medeltal för treårsperioden 1931—1933 50
2. Förslag till kungörelse angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande 51



Statens offentliga utredningar 1935

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fängvård.

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]

Statsförvaltning. Allmän statsförvaltning.

Förslag till ändrade bestämmelser rörande allmänna handlingars offentlighet. [5]
Yttrande och förslag rörande tjänstgöringsbetyg som av länsstyrelserna utfärdas. [17]
Utredning ang. införande av ett dagordningsinstitut m. m. [21]
Förslag till nya avlöningsbestämmelser för icke-ordinarie befattningshavare inom den allmänna civilförvaltningen. [25]
Betänkande med förslag till ändring i vissa delar av upphandlingsförfordningen. [27]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politik.

Betänkande med förslag till ändrad organisation av den statliga verksamheten för bekämpande av olovlig införsel av spritdrycker m. m. [24]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Betänkande med förslag rörande lån och årliga bidrag av statsmedel för främjande av bostadsförsörjning för mindre bemedlade barnrika familjer jämte därtill hörande utredningar. [2]
Kortfattad framställning av organisationssakkunnigas betänkande med utredning och förslag rörande den samhälleliga hjälpverksamhetens organisation m. m. [3]
Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Åtgärder mot arbetslöshet. [6]
Konjunkturuppsvingets förlopp och orsaker 1932—1934 [16]

Hälsa- och sjukvård.

Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag ang. förebyggande mödra- och barnvård. [19]
Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag ang. statsunderstödd dispensärverksamhet. [33]

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Betänkande med förslag ang. åtgärder för spannmålsodlingens stödjande. [1]
Promemoria ang. tillsynen över fastighetsregistreringen och fastighetsbildningen. [4]
Utredning med förslag om egnahemskonsulenter hos hushållningssällskapen. [28]
Betänkande ang. husdjursförsöksverksamhetens organisation. [29]
Berättelse över statens spannmålsnämnds verksamhet m. m. under år 1934. [30]
Jordbrukskreditutredningen. Betänkande med förslag till förordning om jordbrukets kreditkassor m. m. [32]

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]
Betänkande med förslag till motorfordonsförordning och vägtrafikstadga m. m. [23]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Grunder för kollektiv och individuell pensionsförsäkring. [20]

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]
Utredning och förslag rörande frågan om avgift för hemlån av böcker från bibliotek. [22]
Betänkande med förslag rörande det svenska naturskyddets organisation och statliga förvaltning. [26]
Betänkande med förslag till lag om domkapitel m. m. [31]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.