



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1948: 37
INRIKESDEPARTEMENTET



STATENS SJUKHUSUTREDNING AV ÅR 1943

BETÄNKANDE IV

SYNPUNKTER OCH FÖRSLAG RÖRANDE

SINNESSJUKVÅRDEN

S T O C K H O L M

1 9 4 8

Statens offentliga utredningar 1948

Kronologisk förteckning

1. Betänkande med förslag rörande organisation och avlösningsförhållanden m. m. vid lantmateristyrelsen och länslantmaterikontoren. Idun. 120 s. Jo.
2. Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av verksamheten för jordbrukets yttre och inre rationalisering. Idun. 220 s. Jo.
3. Betänkande med förslag till ändrad butikstängningslagstiftning. Norstedt. 148 s. I.
4. Markutredningen. 1. Betänkande med förslag till vissa ändringar i expropriationslagstiftningen. Marcus. 169 s. Ju.
5. Trädgårdsundervisningen. Norstedt. 200 s. Jo.
6. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:6-7. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Jönköpings län och Kronobergs län. Beckman. 75 s. K.
7. Parlamentariska undersökningskommissionen angående flyktflykanden och säkerhetstjänst. 3. Betänkande angående säkerhetstjänstens verksamhet. Norstedt. 490 s., 1 pl. I.
8. Betänkande med förslag till ny Kungl. Maj:ts förordning angående explosiva varor m. m. Norstedt. 231 s. H.
9. Betänkande rörande Sveriges smalspåriga järnvägar. Del 3. Smalspåriga järnvägar i Östra Småland och Östergötland. Idun. 243 s. K.
10. Betänkande angående skärgårdsstrafiken m. m. V. Pettersson. 424 s. K.
11. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 4. Förslag angående partiellt arbetsförs anställning i allmän tjänst. Katalog och Tidskriftstryck. 132 s. S.
12. Statens trädgårdsförsök. Norstedt. 75 s. Jo.
13. Betänkande angående statens järnvägars organisation. Del 1. Den centrala ledningen. Katalog och Tidskriftstryck. 55 s. K.
14. Den öppna läkarvården i riket. Idun. 411 s. I.
15. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:16. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Skaraborgs län. Beckman. 48 s. K.
16. Förslag till sjöarbetsstidslag. Heggström. 101 s. H.
17. Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal. 1. Kihlström. 228 s. I.
18. Betänkande rörande vägnämndernas och länsvägnämndernas arbetsuppgifter m. m. Beckman. 56 s. K.
19. Den svenska spritfabrikationen och dess avsättningsförhållanden. Marcus. 95 s. FI.
20. Betänkande med förslag till åtgärder för höjande av trafiksäkerheten. Kihlström. 413 s. K.
21. Ungdomen och arbetet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande. 6. Idun. 317 s. Ju.
22. 1944 års allmänna skattekommitté. 2. Betänkande med förslag till ändrade bestämmelser angående beskattning av livförsäkringsanstalter och livförsäkringstagare m. m. Marcus. 227 s. FI.
23. Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m. m. Marcus. 334 s., 6 pl. I.
24. Bilagor till medicinalstyrelsens utredning om den öppna läkarvården i riket. Idun. 393 s. I.
25. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:5. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Östergötlands län. Beckman. 42 s. K.
26. Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 8. Tiden juli 1946-juni 1947. Av K. Åmark. Idun. 394 s. Fo.
27. 1946 års skolkommissions betänkande med förslag till riktlinjer för det svenska skolväsendets utveckling. Heggström. xvi, 561 s. E.
28. Betänkande med förslag till nya mellaninstanser för folkskoleväsendet. Katalog och Tidskriftstryck. 129 s. E.
29. Betänkande rörande vissa utrikeshandelsfrämjande åtgärder. Marcus. 96 s. H.
30. Betänkande och förslag angående det fria och frivilliga folkbildningsarbetet. Del 2. Estetiskt folkbildningsarbete. Beckman. 200 s. E.
31. Betänkande med förslag angående isbrytningens ordnande längs Norrlandskusten m. m. Idun. 100 s. 1 karta. H.
32. Utredning rörande skogstillgångarna och skogsindustriernas råvaruförsörjning i övre och mellersta Norrland m. m. Kihlström. 200 s. Jo.
33. 1943 års sockersjukutrednings betänkande angående sockersjukvården i riket. Idun. 191 s. I.
34. Betänkande med förslag till vägtrafikförordning m. m. Marcus. 328 s. K.
35. Förslag rörande förbättring av statens järnvägars bostadsbestånd. V. Pettersson. 100 s. K.
36. Betänkande med förslag angående artificiell inseminationsverksamhet bland nötkreatur. Katalog och Tidskriftstryck. 118 s. Jo.
37. Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande 4. Synpunkter och förslag rörande sinnessjukvården. Beckman. 195 s. I.

Anm. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. E. = eklelesiastikdepartementet, Jo. = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1948: 37
INRIKESDEPARTEMENTET



STATENS SJUKHUSUTREDNING AV ÅR 1943

BETÄNKANDE IV

SYNPUNKTER OCH FÖRSLAG RÖRANDE

SINNESSJUKVÅRDEN

STOCKHOLM 1948
K. L. BECKMANS BOKTRYCKERI
[2673 47]



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
<i>Skrivelse till Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet</i>	5

AVD. I.

Översikt och allmänna synpunkter.

<i>Kap. 1. Översikt av sinnessjukvårdens utveckling och nuvarande organisation</i>	9
Sinnessjukvårdens utveckling	9
Nuvarande statliga sinnessjukvård	13
Nuvarande kommunala sinnessjukvård	17
Driftkostnader vid vårdanstalter för sinnessjuka	20
<i>Kap. 2. Sjukhusutredningens allmänna synpunkter</i>	20

AVD. II.

Sysselsättnings- och arbetsterapi.

<i>Kap. 3. Sysselsättning såsom behandlingsmetod inom sinnessjukvården</i>	30
<i>Kap. 4. Patientsysselsättningens omfattning och olika former</i>	35
Nuvarande förhållanden	35
Sjukhusutredningens synpunkter	39
<i>Kap. 5. Behovet av särskilda arbetslokaler</i>	44
<i>Kap. 6. Ledningen av patientsysselsättningen</i>	48
Nuvarande förhållanden	48
Sjukhusutredningens förslag	50
<i>Kap. 7. Arbetsterapeuternas utbildning och löneförmåner</i>	54
Tidigare förslag	54
Yttranden	58
Sjukhusutredningens synpunkter och förslag	60
<i>Kap. 8. Ersättning till patienter för utfört arbete m. m.</i>	63
Nuvarande förhållanden	63
Sjukhusutredningens synpunkter	64
Förslag till föreskrifter	70

AVD. III.

Sjukvårdsarbetets organisation.

<i>Kap. 9. Arbetsfördelningen</i>	73
Allmänna synpunkter	73
Läkarnas skriv- och expeditionsgöromål	74
Personalsjukvårdens handhavande	77
Vissa biträdesgöromål på vårdavdelningarna	78

	Sid.
<i>Kap. 10. Uppsyningspersonalens organisation</i>	82
Nuvarande förhållanden.....	82
Tidigare förslag	84
Sjukhusutredningens synpunkter och förslag	85
<i>Kap. 11. Dagordningen och sjukvårdsarbetet</i>	95
Nuvarande ordning	95
Sjukhusutredningens synpunkter	96
<i>Kap. 12. Sjukvårdspersonalens tjänstgöringstider</i>	103
Nuvarande förhållanden.....	103
Sjukhusutredningens synpunkter och förslag	104
<i>Kap. 13. Behovet av personal för sjukvårdsarbetet</i>	109
Nuvarande förhållanden.....	109
Sjukhusutredningens synpunkter	109

AVD. IV.

Principförslag till planering och utformning av sinnessjukhus.

<i>Kap. 14. Utgångspunkter och allmän planering</i>	113
Utgångspunkter	113
Allmän planering	114
<i>Kap. 15. Vårdavdelningarna</i>	115
Planläggning och utformning.....	115
Antal vårdavdelningar av olika slag.....	125
<i>Kap. 16. Sjukhusets olika byggnader m. m.</i>	126
Sjukpaviljongerna	126
Administrationsbyggnaden	127
Övriga byggnader m. m.	129
<i>Kap. 17. Sammanfattning och kostnadsberäkningar</i>	132

Bilagor.

Till Avd. I.

1. Promemoria i anslutning till studieresa i Danmark.	141
---	-----

Till Avd. II.

2. Promemoria i anslutning till arbetsstudier och andra undersökningar inom vissa arbetssalar och verkstäder.....	148
3. Förteckning över inventarier och verktyg för olika slag av sysselsättnings- och arbetsterapi.....	155

Till Avd. III.

4. Specifikation av personalens arbete inom vårdavdelningar under dagen.	159
5. Stapeldiagram över fördelningen på dagen av personalens arbete inom viss övervakningsavdelning.	162
6. Promemoria angående en undersökning av arbetstid för personalen inom vårdavdelningar vid sinnessjukhus.	163
7. Förslag till dagordning.	174
8. Exempel på fördelning av sjukvårdspersonalens tjänstgöringstid på olika dagar.	175
9. Exempel på tjänstgöringsturer och deras fördelning på olika befattningshavare inom vårdavdelningar.	178
10. Beräkning av storleken av vissa personalgrupper vid de statliga sinnessjukhusen.	180

Till Avd. IV.

11. Principskiss till vårdavdelning för oroliga patienter.	189
12. » » » » akuta halvoroliga eller lugna patienter.	190
13. » » » » kroniska halvoroliga patienter.	191
14. » » » » kroniska lugna patienter.	192
15. » » expeditions- och behandlingsrum.	193
16. » » sköljrum.	193
17. » » avdelningskök.	194
18. » » situationsplan.	195

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet.

Vid anmälan i konselj den 14 maj 1943 av frågan om utredning rörande möjligheterna att — utan försämring av vårdresultatet — genom rationalisering begränsa driftkostnaderna vid landets sjukhus anförde tillförordnade chefen för socialdepartementet följande beträffande de huvudsakliga riktlinjerna för denna utredning.

Utredningen torde böra omfatta såväl kroppssjukvård som sinnessjukvård men begränsas till sådana sjukhus, för vilkas driftkostnader staten, landstingen eller städerna utanför landsting i sista hand svara. Utredningen torde böra inriktas på att åvägabringa ett fullt jämförbart statistiskt material och utarbeta närmare riktlinjer för sjukhusstatistikens upprättande framdeles. Med ledning av sålunda erhållet material böra verkställas jämförande undersökningar dels mellan sjukhus av samma art och storleksordning, dels ock mellan sjukhus av olika typer, främst A- och B-sjukhus. I samband härmed torde uppmärksamhet böra ägnas åt frågan om och i vad mån en avlastning av A-sjukhusen kan åstadkommas genom överflyttning av patienter till B-sjukhus av olika slag. — — — Önskvärt är, att normer i görligaste mån uppdragas för en ur vård- och kostnadssynpunkt rimligt avvägd uppdelning av sjukhusklientelet på A- och B-platser. Härjämte torde böra undersökas lämpligheten av att, där så ske kan, åstadkomma en förkortning av liggtiden på sjukhusen samt de möjligheter, som kunna föreligga för att åvägabringa en sådan förkortning. Vidare torde undersökningar böra företagas i syfte att inom de skilda sjukhusen och sjukhustyperna söka rationalisera arbetet samt införa ramen för gällande arbetstidsbegränsning bättre tillvarata personalens arbetskraft. Jag vill i detta hänseende såsom exempel framhålla, att skilda meningar allttjämt råda om den lämpligaste storleken av en vårdavdelning för ett och samma klientel. — — — Särskild uppmärksamhet bör härjämte ägnas åt kostnaderna för bränsle, elektrisk energi och läkemedel samt åt utspisningen.

Enligt sålunda angivna direktiv omfattar sjukhusutredningens uppdrag rationalisering av såväl kroppssjukvården som sinnessjukvården.

Helt naturligt äro en hel del spörsmål i detta avseende gemensamma eller likartade för de båda vårdformerna, nämligen sådana frågor som rationalisering av arbetsmetoderna för vårdavdelningars rengöring och underhåll, ekonomiavdelningars planering och drift m. m. I fråga om anordningar och förhållanden, som äro betingade av vårdformernas olika karaktär och behand-

lingsmetoder, råda däremot väsentliga skiljaktigheter. Detta är exempelvis fallet beträffande det egentliga sjukvårdsarbetet, vårdpersonalens organisation, vårdavdelningars och speciella behandlingslokalers planering, utformning etc. Vidare medför den omständigheten att de flesta sinnessjukhusen drivas i statlig regi, under det att kroppssjukvården huvudsakligen omhänderväses av landstingen och städerna utanför landsting, väsentliga skiljaktigheter i administrativt och förvaltningstekniskt avseende.

På grund härav har det befunnits lämpligt att framlägga ett särskilt betänkande rörande spörsmål, som äro speciella för sinnessjukhusen. Resultaten av utredningens undersökningar beträffande frågor, som äro gemensamma eller likartade för kroppssjukhus och sinnessjukhus, redovisas huvudsakligen i andra sammanhang.

Vid utarbetandet av det betänkande, som härmed vördsamt överlämnas, har, på sätt närmare framgår av kapitel 2, hänsyn måst tagas till att utredningen tidigare — i anslutning till medicinalstyrelsens år 1945 framlagda 10-årsplan för sinnessjukvårdens utbyggande — beretts tillfälle att framlägga vissa synpunkter på denna vårds utformning och organisation samt att den fortsatta utredningen av vissa grundläggande spörsmål härutinnan anförtröts åt en särskild sakkunnig beredning (statens sinnessjukvårdsberedning). I betänkandet har därför närmare förslag framlagts endast i fråga om sysselsättnings- och arbetsterapiens samt sjukvårdsarbetets organisation vid ifrågavarande sjukhus. Därjämte ha framlagts principförslag med skisser rörande sjukhusens planering och utformning. I huvudsak ha dessa tidigare preliminärt redovisats i en promemoria till medicinalstyrelsen. Beträffande sådana ämnen som statistik, bokföring, redovisning och blanketter, vilka äro av mindre allmänt intresse, komma förslag att framläggas i en särskild promemoria.

Härjämte bör måhända anmärkas, att utredningens undersökningar ej omfattat vården av sinnesslöa och fallandesjuka utanför sinnessjukhusens ram, emedan sinnesslövården i de delar, den icke regleras genom 1944 års lag om undervisning och vård av bildbara sinnesslöa, befinner sig under utredning av särskilda sakkunniga. Därtill kommer att anstalterna för denna vård, både i förhållande till sinnessjukhusen och sinsemellan, till karaktär, storlek, organisation m. m. äro så olika, att ingående undersökningar på detta område icke kunnat utföras utan alltför stor tidsutdräkt.

Föreliggande betänkande har i huvudsak utarbetats av en subkommitté, bestående av överdirektören Erik Björkquist, sammankallande, överläkaren docenten Erik Goldkuhl, ledamoten av riksdagens andra kammare Alarik Hagård och lasarettsläkaren Axel Odelberg.

Sjukhusintendenten Stig Assarsson, byråchefen Sven Blom, första föreståndarinnan Signe Böckert och överläkaren Olof Dagberg ha biträtt nämnda subkommitté i egenskap av särskilt tillkallade experter. Assarsson har tillika fungerat såsom sekreterare åt utredningen i vad angår sinnessjukvården.

I viss utsträckning ligga arbetsstudier vid fyra olika sinnessjukhus till grund för betänkandet. Dessa ha utförts under överinseende av överingenjören Einar Berg. Den närmaste ledningen av studierna har handhåfts av ingenjören Harry Tengrud.

Härutöver har ett flertal läkare — utan att ha varit direkt knutna till utredningen — välvilligt ställt sin sakkunskap och erfarenhet till förfogande; särskilt må nämnas överläkarna Ivan Blomqvist och Hakon Sjögren.

Utredningen har gjort sig underrättad om förhållandena på sinnessjukvårdens område i vissa andra länder. Särskilt ingående kännedom har inhämtats om dessa förhållanden i Danmark, där några av utredningens ledamöter och experter även företagit en studieresa. För införskaffande av jämförelsematerial beträffande framför allt planering och utformning av sinnessjukhus ha byrådirektören i centrala sjukvårdsberedningen, arkitekten M. E. Molander och sjukhusintendenten N. Sjunnesson för utredningens räkning studerat ett antal sådana sjukhus, den förre i Schweiz och den senare i U. S. A., i samband med resor för andra ändamål i dessa länder.

Överläggningar ha vidare i vissa större frågor ägt rum med representanter för statens sjukhuspersonals förbund.

För beaktande vid fullgörandet av utredningens uppdrag i fråga om sinnessjukvården har från socialdepartementet överlämnats en på uppdrag av besparingsberedningen av framlidne professorn vid karolinska institutet V. H. H. Wigert utarbetad promemoria.

Stockholm den 5 juni 1948.

MALTE LJUNGDAHL

ERIK BJÖRKQUIST

E. GOLDKUHL

ALARIK HAGÅRD

ELIN HAKEMAN

N. H. HANSSON

ERLAND v. HOFSTEN

AXEL ODELBORG

C. P. OLSSON

/ Stig Assarsson

A v d. I.

Översikt och allmänna synpunkter.

Kap. 1. Översikt av sinnessjukvårdens utveckling och nuvarande organisation.

Sinnessjukvårdens utveckling. Sjukhusvården började i vårt land först under senare delen av 1700-talet målmedvetet särskiljas från fattigvården. Hospitalen, som tidigare varit försörjningsinrättningar för fattiga samt vanföra och kroniskt sjuka av alla slag, blevo enligt Kungl. förordningar åren 1763 och 1766 anstalter för sinnessjuka samt med smittosamma och obotliga sjukdomar behäftade. Lasarett hade något dessförinnan börjat inrättas för akut kroppsligt sjuka.

Till en början var sjukhusvården i dess helhet närmast en statlig anläggning och, då Kungl. Maj:t år 1787 instiftade serafimerordensgillet, fick detta till uppgift att vara styrelse för barnhusen, hospitalen och lasaretten i riket. I nämnda gilles instruktioner av år 1791 stadgades, att i varje län skulle finnas ett hospital och ett lasarett samt att dessa om möjligt borde vara förlagda i omedelbar närhet till varandra. Gränsen mellan lasarett och hospital drogs i instruktionen på så sätt, att obotligt sjuka icke fingo vårdas på lasaretten och att på hospitalen skulle intagas »förmämligast dårar och svagsinta, därnäst andre med obotliga och ohyggliga sjukdomar behäftade personer».

På 1800-talet fortskred specialiseringen. Ett betydelsefullt steg för sinnessjukvårdens ordnande togs år 1823, då ständerna beslöt hospitalens centralisering. Detta innebar att en del av länshospitalen indrogs, under det att andra utvidgades. I och med centraliseringen blev sinnessjukvård hospitalens egentliga uppgift, vilket också fastslogs i Kungl. stadgan av år 1858 angående sinnessjukas behandling och vård. Genom denna lades även grunden till nuvarande organisation av sinnessjukhusen och infördes i vårt land principer för vården av sinnessjuka, som i åtskilliga hänseenden fortfarande äga tillämplighet. Däri gavs hospitalen karaktär av kuranstalter samt föreskrevs, att »de sjuka vid hospitalet skola med mildhet behandlas», att »inga andra tvångsmedel må användas, än sådana, genom vilka den sjuke, utan att kroppsligt misshandlas eller moraliskt förnedras, sättes ur stånd att skada sig eller andra», att »för de sjuke skall, efter deras olika förhållanden och förmåga, beredas lämplig sysselsättning, såsom med trädgårdsskötsel, handslöjder, läsning m. m., och skall, om så erfordras, undervisning häruti dem meddelas» samt att »tillfälle till tjenliga förströelser, såsom musik m. m., bör dem även beredas, allt med noga bestämd indelning av tiden».

Enligt den stadga angående sinnessjuka, som utfärdades år 1883 och ersatte 1858 års stadga, ävensom enligt 1901 års motsvarande stadga, vilken

gällde intill ikraftträdandet av nu gällande sinnessjuklag och sinnessjukvårdsstadga, indelades statens anstalter för sinnessjuka i hospital eller kuranstalter och asyl eller vårdanstalter, av vilka de senare voro avsedda för obotligt sjuka. Hospital och asyl förenades dock i flera fall i en och samma anstalt. Närmare bestämmelser reglerade fördelningen av de sinnessjuka på de olika anstaltstyperna. Det var bl. a. föreskrivet, att å hospital intagen, för vilken vård därstädes icke vidare ansåges erforderlig men som dock fortfarande vore i behov av vård å offentlig anstalt, borde överflyttas till asyl. För detta ändamål ålåg det resp. hospitalsdirektioner att årligen till medicinalstyrelsen insända förteckning å dem, som borde överflyttas. Vid asylerna fingo, i den mån utrymmet tillät, intagas och vårdas även svårskötta sinnesslöa.

Ungefär samtidigt med ikraftträdandet av 1858 års stadga upphävdes det administrativa sambandet mellan lasarett och hospital. Serafimerordensgilletts befattning med lasaretten upphörde nämligen vid denna tidpunkt. 1817 års riksdagsbeslut, att varje mantalsskriven person skulle erlägga s. k. kurhusavgift till bekämpandet av könssjukdomarna samt att dessa medel skulle upptagas och redovisas länsvis och uppkommande överskott få användas till den övriga hälsovården inom vederbörande län, hade också berett ekonomiska möjligheter till självständig utveckling av lasarettsvården. Därigenom blev denna del av sjukhusvården en länets och icke längre en statens angelägenhet. För sinnessjukvården förblev däremot staten huvudman, och serafimerordensgillet var överstyrelse för hospitalen till år 1877, då det i detta avseende efterträdades av sundhetskollegium — numera medicinalstyrelsen.

Från det att omhändertagandet av sinnessjuk under tiden före 1858 års stadga så gott som uteslutande betraktats såsom en säkerhetsåtgärd och därför enbart inneburit förvaring och försörjning, inträdde den svenska sinnessjukvården i ett betydelsefullt utvecklingsskede under senare hälften av 1800-talet i och med att de principer, som kommit till uttryck i nämnda stadga, i allt större omfattning tillämpades. Till denna utveckling bidrog i hög grad också den omständigheten, att undervisning i psykiatri börjat ingå i läkarutbildningen från omkring år 1860. Av principiell betydelse var vidare hospitalsväsendets förläggande under medicinskt sakkunnig överstyrelse. Det har givetvis också varit betydelsefullt, att sjukvårdspersonalen till följd av förmånligare anställningsvillkor blivit allt mer stationär och i ökad omfattning bibringats undervisning i fråga om patienternas vård.

Olika behandlingsformer ha under utvecklingen varit dominerande inom sinnessjukvården, till övervägande delen efter impulser från utlandet. Efter det att tvångsmedlen i huvudsak övergivits, vilket torde ha varit fallet vid 1900-talet ingång, blev under några decennier sänglägesbehandling — i förening med kontinuerlig övervakning — den förhärskande behandlingsformen. Därefter blev sysselsättnings- och arbetsterapien dominerande. Under den senaste tiden ha nya metoder — insulinbehandling, elektrochock, leukotomi m. m. — tillkommit, vilka i många fall synas effektivt kunna förkorta vissa

sirnessjukdomars eljest mycket långvariga förlopp. Den praktiska tillämpningen av dessa behandlingsmetoder har dock hittills varit mycket ojämn.

Med den nyare uppfattningen om sinnessjukas vård framträdde familjevårdsidén, och man började från anstalterna utackordera sinnessjuka för vård i enskilda hem. Förutom familjevården har vidare uppbyggts en organisation med uppgift att meddela sinnessjuka eller personer, hos vilka utbrott av sinnessjukdom kunna befaras, ävensom dem närstående, råd och anvisningar rörande vården av de sjuka eller till förekommande av befarade sjukdomsutbrott, samt att bistå å vederbörande sjukhus intagna eller därifrån utskrivna i personliga och ekonomiska angelägenheter. Denna organisation benämnes hjälpverksamhet.

Hospitalen och asylerna voro ej avsedda för lättskötta sinnessjuka (för egen och annans säkerhet ofarliga kroniskt sjuka, konvalescenter m. fl.). I den mån dessa omhändertogos, vårdades de vanligen å fattigvårdsinrättningar. Med socialhygienens utveckling följde behovet av mer ändamålsenlig vård även av detta klientel. Denna fråga var föremål för behandling av statsmakterna åren 1928—1929. Då beslöts, att vården av lättskötta sinnessjuka skulle ordnas genom inrättande av särskilda vårdhem men förbli en kommunal angelägenhet. Från år 1937 utgår dock visst statsbidrag till denna vård. Statens sinnessjukhus skulle alltså vara avsedda endast för vård av sinnessjuka och sinnesslöa, som vore antingen svårskötta eller i behov av kvalificerad psykiatrisk behandling.

Sinnessjukvårdens kvalitativa utveckling återspeglas i gällande sinnessjuklag och sinnessjukvårdsstadga av år 1929. Enligt däri meddelade bestämmelser utgöras, fränsett sinnessjukavdelningar vid fångvårdsinrättningar, de offentliga vårdanstalterna för sinnessjuka av statliga och kommunala sinnessjukhus och kommunala vårdhem för sinnessjuka. Någon motsvarighet till den tidigare indelningen i hospital och asyls återfinnes icke. Asylerna hade i realiteten borttagits långt före ikraftträdandet av dessa bestämmelser, bl. a. på grund av att de visat sig vara till hinder för ett ändamålsenligt utnyttjande av befintliga vårdplatser.

Enligt sinnessjuklagen avses med sinnessjukhus statsanstalt, som enligt Konungens förordnande skall vara sinnessjukhus, så ock annan för sinnessjukvård inrättad anstalt, vilken blivit såsom sinnessjukhus godkänd i den ordning Konungen bestämmer. Sinnessjukhus må även inrättas såsom avdelning av fattigvårdsanstalt eller av sjukvårdsanstalt, som är avsedd jämväl för andra sjuka. På sinnessjukhus intagen må underkastas det tvång, som med hänsyn till hans vård eller till hans eller annans säkerhet är nödvändigt. Med kommunalt vårdhem förstås anstalt, som inrättas av landsting, kommun eller sammanslutning, vari kommun eller landsting deltaga, för samtidig vård av mer än fem sjuka och där det tvång mot intagen, som må utövas vid sinnessjukhus, icke får förekomma utom i fall, då det under väntan på ledig vårdplats å sinnessjukhus är oundgängligen erforderligt till skydd för person eller egendom.

Med hänsyn till den rätt att kvarhålla intagna, som må utövas av sinnessjukhus, ha detaljerade bestämmelser utformats angående intagning och utskrivning vid sådant sjukhus. För vårdhem gälla icke några motsvarande bestämmelser. Även på annat sätt ha åtgärder vidtagits till förhindrande av obehörigt tvång inom sinnessjukvården. Bl. a. åvilas det enligt sinnessjuklagen medicinalstyrelsen, som har att utöva inseendet över ifrågavarande vård, att därvid särskilt vaka över att de sjuka erhålla omsorgsfull vård och behandlas med mildhet efter människokärlekens fordringar. Vidare må, därest överläkare icke bifallit framställning om utskrivning, frågan för prövning underställas den s. k. sinnessjuknämnden. Därjämte äger överinspektören för sinnessjukvården i riket, som under medicinalstyrelsen närmast har tillsynen över ifrågavarande vård, samma befogenhet som överläkare att besluta om utskrivning.

Samtidigt med den kvalitativa utveckling, för vilken nu i korthet redogjorts, har sinnessjukvården undergått en avsevärd kvantitativ utveckling. Vid mitten av 1800-talet beräknades, att landet med dess då omkring tre miljoner invånare skulle vara i behov av 1 200 vårdplatser för sinnessjuka. Detta platsantal visade sig snart otillräckligt och vid 1900-talets början hade landet sammanlagt omkring 5 000 sådana vårdplatser, men enligt en då företagen undersökning skulle antalet sinnessjuka ha uppgått till cirka 17 000, varav omkring 10 000 ansågos vara i behov av anstaltsvård. Landets befolkning hade vid denna tidpunkt vuxit till något mer än fem miljoner.

Utbyggnaden fortskred och i början av 1920-talet omfattade de statliga sinnessjukanstalterna ungefär de tidigare beräknade 10 000 platserna. Samtidigt med utökningen av platsantalet visade emellertid antalet exspektanter en jämn stegring och avsevärd platsbrist fortfor att råda.

För att i någon mån undanröja olägenheterna av de statliga anstalternas otillräckliga kapacitet ha sedan länge vissa städer och större landskommuner drivit egna sinnessjukhus. Särskilt storstäderna ha varit nödsakade att anordna en omfattande vård av sinnessjuka. Detta har lett till att de tre största städerna — Stockholm, Göteborg och Malmö — mot ekonomiskt vederlag av staten själva handhava sin sinnessjukvård. Avtal härom mellan staten och Stockholm resp. Göteborg godkändes av 1925 års riksdag. Motsvarande avtal mellan staten och Malmö godkändes av 1927 års riksdag. Nämda tre städer äro dock befriade från skyldigheten att vårda vissa sinnessjuka, bl. a. sådana straffriförklarade, som befunnits vara i behov av vård å sinnessjukhus. Vidare äro de ej heller skyldiga att omhändertaga sinnesslöa, som äro i behov av vård på sådana sjukhus.

Statsmakterna fattade — såsom ovan berörts — åren 1928—1929 vissa principbeslut angående ordnandet av sinnessjukvården i riket, vilka beslut utgöra betydelsefulla led i den strävan att lägga en fast grund för den kvantitativa utvecklingen, som karakteriserat sinnessjukvården under 1900-talet. Därvid be-

räknades att vid statens sinnessjukhus borde finnas omkring 16 500 vårdplatser eller ungefär tre sådana platser per 1 000 av befolkningen. Samtidigt utgick man från att vid kommunala vårdhem för lättskötta sinnessjuka skulle erfordras en vårdplats per 1 000 invånare.

Den statliga sinnessjukvården har i stort sett utbyggt enligt sålunda uppdragna riktlinjer och dess officiella antal vårdplatser för i egentlig mening sinnessjuka utgör f. n. i runt tal sammanlagt 17 000 eller något mer än tre platser per 1 000 av den del av landets befolkning, för vilken staten har att ombesörja kvalificerad sinnessjukvård. Likväl råder vid de statliga sinnessjukhusen en permanent överbeläggning och ett stort antal exspektanter kan alltjämt icke beredas platser därstädes.

Även i de tre storstäder, som övertagit sin sinnessjukvård, råder viss brist på vårdplatser för sinnessjuka, ehuru dessa städer å sina sinnessjukhus förfoga över större antal vårdplatser i förhållande till folkmängden än den statliga sinnessjukvården.

Vad angår de kommunala vårdhemmen för lättskötta sinnessjuka har denna organisation ännu icke tillnärmelsevis utbyggt i den planerade omfattningen. För hela landet inrymmer den f. n. endast omkring 2 800 vårdplatser. — Antalet vårdplatser vid sinnessjukhus, som alltjämt drivas av andra städer och kommuner än nyssnämnda storstäder, uppgår i runt tal till 1 400.

Mot bakgrunden av den sålunda alltjämt rådande bristen på vårdplatser för sinnessjuka har medicinalstyrelsen i sin år 1945 framlagda 10-årsplan för den statliga sinnessjukvården föreslagit en betydande utbyggnad av denna vård, så att den år 1955 skulle omfatta ungefär 25 000 platser eller, i förhållande till den beräknade folkmängden vid denna tidpunkt 4,4 ‰. Med en samtidig utbyggnad av vårdhemmen för lättskötta sinnessjuka i den tidigare planerade omfattningen skulle jämlikt medicinalstyrelsens beräkningar år 1955 komma att erfordras något mer än 5 anstaltsplatser för sinnessjuka per 1 000 invånare. För att täcka det sålunda beräknade platsbehovet har styrelsen föreslagit, förutom utvidgningar av ett flertal befintliga sinnessjukhus, uppförande av fem nya medelstora sådana sjukhus och inrättande av psykiatriska avdelningar vid landets centrallasarett. Styrelsen avsåg därvid dock att två av de nuvarande sjukhusen, med sammanlagt omkring 900 platser, samtidigt skulle nedläggas såsom sinnessjukhus.

Nuvarande statliga sinnessjukvård. F. n. finnas 18 sinnessjukhus med egna upptagningsområden, s. k. *primärsjukhus*. Till vissa av dem ha efter hand såsom särskilda avdelningar anslutits tidigare såsom ålderdomshem m. m. använda byggnader, vilka inköpts eller förhyrts för ändamålet. Dessa avdelningar, å vilka avlastning sker från vederbörande modersjukhus av huvudsakligen kroniskt, relativt lättskötta sjuka, benämnas *sekundäravdelningar*.

För avlastning av kroniska patienter från vissa sinnessjukhus användas dessutom tre särskilda fristående sjukhus, benämnda *sekundärsjukhus*. Dessa

Tabell 1. Sammanställning över statens sinnessjukhus med uppgifter rörande belägningsförhållanden m. m. under år 1946.

Sjukhusens art och benämning	Fastställt antal vårdplatser				Medeltal vårdade per dag		Antal ny- intag- ningar för vård	Antal exspek- tanter den 31/12 1946
	Primärsjukhus			Sekundär- sjukhus eller -avdel- ningar	å sjukhus	i familje- vård		
	normal- avdel- ningar	special- avdel- ningar	rum- avdel- ningar					
<i>Primärsjukhus.</i>								
S:t:a Maria sjukhus i Hälsingborg	1 292	—	1	—	1 565	—	694	76
Ulleråkers sjukhus vid Uppsala	1 252	—	30	—	1 476	87	661	127
Ryhovs sjukhus i Jönköping ..	1 220	—	—	—	1 430	—	520	442
S:t Lars sjukhus i Lund	1 276	—	30	—	1 407	42	517	113
Restads sjukhus vid Vänersborg	1 080	—	—	—	1 385	—	271	217
Säters sjukhus med Pärby sjukhus i Grangärde	947	37	—	30	1 330	20	409	75
S:t:a Gertruds sjukhus i Västervik	952	34	—	—	1 238	18	279	170
Umedalens sjukhus vid Umeå ..	918	—	—	—	1 170	49	503	4
S:t Sigfrids sjukhus i Växjö med sekundäravdelning i Långasjö ¹	810	100	—	35	1 034	130	413	180
Sundby sjukhus vid Strängnäs med sekundäravdelning i Ribbingelund	850	—	—	² 50	1 026	2	471	79
Mariebergs sjukhus i Kristinehamn	848	—	—	—	996	42	311	122
Birgittas sjukhus i Vadstena med sekundäravdelning i Hammar	762	—	2	³ 72	988	27	391	35
Sidsjöns sjukhus i Sundsvall ..	816	102	—	—	976	—	512	33
Frösö sjukhus vid Östersund med Järvsö sjukhus	757	—	—	55	906	11	382	30
Furunäsets sjukhus vid Piteå ..	564	—	—	—	707	89	195	46
S:t Jörgens sjukhus vid Göteborg	315	—	50	—	489	—	282	40
S:t Olofs sjukhus i Visby	216	—	—	—	285	36	119	6
S:t:a Annas sjukhus i Nyköping	206	—	—	—	281	3	120	48
<i>Summa för primärsjukhus</i>	15 081	273	113	242	18 689	556	7 050	1 843
<i>Sekundärsjukhus.</i>								
Källshagens sjukhus i Vänersborg	⁴ 283	—	—	587	947	40	112	36
Psykiatriska sjukhuset i Stockholm	—	—	—	312	304	—	99	4
Gådeå sjukhus i Härnösand	—	—	—	279	339	—	117	2
<i>Summa för sekundärsjukhus</i>	283	—	—	1 178	1 590	40	328	42
<i>Sjukhus för sinnesslöa.</i>								
Vipeholms sjukhus i Lund	762	—	—	—	866	—	54	362
Salberga sjukhus i Sala	384	—	—	—	403	72	66	10
Västra Marks sjukhus i Örebro	350	—	—	—	351	—	53	61
<i>Summa för sjukhus för sinnesslöa</i>	1 496	—	—	—	1 620	72	173	433

¹ S:t Sigfrids sjukhus driver därjämte ett centralhem för familjevård i Österkorsberga.
² Fr. o. m. 15/10 1946.
³ Sekundäravdelning i Mjölby med 48 platser 1/1—15/10 1946.
» » Hammar » 72 » fr. o. m. 10/10 1946.
⁴ De 283 platser, som upptagits under normalavdelningar, äro avsedda för sinnesslöa.

ha sålunda icke såsom primärsjukhusen självständig direkt intagning, och därför gäller icke för dem den indelning av landet i upptagningsområden, som medicinalstyrelsen jämlikt bestämmelserna i 71 § sinnessjukvårdsstadgan har att fastställa. Denna områdesindelning gäller ej heller för s. k. *specialavdelningar*, som vid vissa primärsjukhus inrättats för omhändertagande av särskilt opålitliga eller farliga patienter. Till största delen äro sistnämnda avdelningar avsedda för och belagda med s. k. psykopater.

Då sinnessjukvården alltsedan hospitalens centralisering utvecklats oberoende av landets länsindelning, ha primärsjukhusens upptagningsområden endast i viss utsträckning kommit att sammanfalla med länen eller landstingsområdena.

Såsom tidigare berörts ha sedan gammalt vid de statliga anstalterna för sinnessjuka även vårdats svårskötta sinnesslöa. Ehuru man här i landet alltså icke särskiljer vården av sinnessjuka från vården av sinnesslöa så bestämt som i vissa andra länder, t. ex. i Danmark, vårdas dock numera de sinnesslöa i huvudsak på särskilda anstalter. För vård av *enbart sinnesslöa* disponeras sålunda tre av statens sinnessjukhus, nämligen Vipeholms sjukhus i Lund, Salberga sjukhus i Sala och Västra Marks sjukhus i Örebro, samt vissa avdelningar vid Källshagens sjukhus i Vänersborg. Intagningarna vid dessa sjukhus ske från hela landet.

Tabell 1 innefattar en förteckning av nuvarande statliga sinnessjukhus med uppgifter om deras karaktär, belägningsförhållanden m. m. under år 1946. Därav framgår bl. a. att vid primärsjukhusen uppgår antalet nyintagningar till ungefär 38 % av medelbeläggningen.

I fråga om planering, byggnadssätt, inredning och utrustning m. m. förete sinnessjukhusen många olikheter i förhållande till varandra. Den omständigheten, att de successivt tillkommit under en lång tidsperiod, har medfört detta. Planeringen har influerats av de olika uppfattningar om sinnessjukvården, som varit rådande.

För att reducera såväl anläggnings- som driftkostnaderna ha vid några av sjukhusen vårdavdelningarna koncentrerats till gemensam byggnad av blocktyp. Vid de flesta äro dock avdelningarna fördelade på ett flertal olika byggnader (paviljonger). Några av sjukhusen äro helt eller delvis inrymda i byggnader, som uppförts för andra ändamål. Ryhovs och Källshagens sjukhus utgöras t. ex. till största delen av tidigare såsom militärkaserner använda byggnader. Samma gäller Salberga och Västra Marks sjukhus. Givetvis ha dessa ursprungligen för andra ändamål avsedda anläggningar undergått betydande ombyggnader, innan de tagits i bruk såsom sjukhus, men genom sådana åtgärder kan helt naturligt icke vinnas ändamålsenlighet i samma grad som när byggnaderna redan från början planeras och utformas för sjukhusändamål.

I utbyggnads- och moderniseringssyfte ha vid många av sjukhusen företagits omfattande om- och tillbyggnader, men flertalet av anläggningarna framstå likväl i stor utsträckning såsom omoderna, särskilt med hänsyn till den utveckling, som på senare tid ägt rum såväl inom sjukvården som på olika

tekniska områden. Sidsjöns sjukhus i Sundsvall, som togs i bruk i början av år 1944 och är landets senast tillkomna sinnessjukhus, får emellertid i många avseenden anses motsvara ganska högt ställda krav på ett modernt sjukhus av ifrågavarande slag.

Om *förvaltningen av och organisationen vid statens sinnessjukhus* äro bestämmelser meddelade i Kungl. Maj:ts stadga den 19 september 1929 (nr 328) angående sinnessjukvården i riket (sinnessjukvårdsstadgan) med däri senare vidtagna ändringar och tillägg.

Enligt dessa bestämmelser handhaves förvaltningen vid vart och ett av nämnda sjukhus, under *medicinalstyrelsen såsom överstyrelse*, av en särskild *direktion*. Under denna utövas den omedelbara ledningen av en *överläkare, tillika sjukhuschef*, med biträde av en *sjukhusintendent*.

Enligt sinnessjukvårdsstadgan skall sjukvården, under överinseende av medicinalstyrelsen och överinspektören för sinnessjukvården i riket, handhavas av vederbörande överläkare i egenskap av sjukvårdsläkare. Vid de mindre sjukhusen finns endast en sådan läkare, vilken då också är sjukhuschef. De större sjukhusen äro däremot uppdelade på två eller tre avdelningar med var sin överläkare — *överläkaravdelningar*. Till varje sådan avdelning äro knutna en eller två underläkare — förste eller andre läkare. Därjämte finnas vid ett flertal sjukhus särskilda läkare med uppgift att ombesörja patienternas insulin- och elektrochockbehandling.

Såsom skrivhjälp åt överläkare och övriga läkare äro anställda kansli-, kontors- och skrivbiträden.

Närmaste förmanskapet över överläkaravdelnings sjukvårdspersonal utövas av uppsyningsmän eller föreståndarinnor. En överskötare eller översköterska — med förste skötare eller första sköterska såsom ställföreträdare — har ansvaret för varje i en överläkaravdelning ingående *vårdavdelning*. Den övriga personalen på sådan avdelning utgöres av skötare, sköterskor och sjukvårdselever.

Såsom av tabell 1 framgår finns till de flesta av de statliga sinnessjukhusen ansluten *familjevård*. Patienterna i denna vård stå under tillsyn av vissa befattningshavare vid vederbörande sjukhus, nämligen dels resp. överläkare dels ock en därtill förordnad, sjukvårdspersonalen tillhörig befattningshavare (särskild familjevårdsföreståndarinna eller föreståndarinna inom hjälpverksamhet). De i familjevård utackorderade patienterna äro fortfarande inskrivna vid sjukhuset och kunna, när så är erforderligt, återföras dit.

Inom den statliga sinnessjukvården är även *hjälpverksamheten* ansluten till sjukhusen — primärsjukhusen. Verksamhetsområdet sammanfaller med vederbörande sjukhus' upptagningsområde. Verksamheten utövas av en därtill förordnad läkare vid sjukhuset, vanligen överläkare, som sålunda har att fullgöra därmed förenade arbetsuppgifter förutom sin vanliga tjänstgöring vid sjukhuset. Numera ha dock vid fem sjukhus, Ulleråkers, S:t Lars, Sidsjöns, Umeådalens och Furunäsets sjukhus, inrättats särskilda överläkarbefattningar för hjälpverksamheten. Beslut föreligger om inrättande av sådana tjänster vid ytterligare fyra sjukhus fr. o. m. den 1 juli 1948, nämligen vid Ryhovs, Re-

Tabell 2. Sammanställning över sinnessjukhusen i de städer, som övertagit sin sinnessjukvård, med uppgifter angående belägningsförhållanden m. m. under år 1946.

Huvudmän och sjukhus	Fastställt antal vårdplatser			Medeltal vårdade per dag	Antal nyintag- ningar för vård	Antal exspek- tanter den 31/12 1945
	Primärsjukhus		Sekundär- sjukhus			
	normalav- delningar	rumsav- delningar				
<i>Stockholms stad.</i>						
Långbro sjukhus	868	20	—	1 016	626	—
Beckomberga sjukhus	1 548	56	—	1 776	1 806	5
Sinnessjukavdelning vid S:t Eriks sjukhus (sek.-avd.)	—	—	374	367	113	—
Sinnessjukavdelning vid Norrtulls sjukhus (sek.-avd.)	—	—	86	94	21	—
Rånäs sjukhus (sek.-sjukhus)....	—	—	105	106	11	—
<i>Göteborgs stad.</i>						
Lillhagens sjukhus	1 167	—	—	1 170	650	—
<i>Malmö stad.</i>						
Malmö östra sjukhus	532	—	—	554	224	—

stads, Sätters och Sundby sjukhus. Innehavare av sådan överläkarbefattning skall även handha den till vederbörande sjukhus anslutna familjevården. Hjälpverksamhetsläkaren biträdes av en eller flera därtill förordnade föreståndarinnor.

Tidigare utförde läkarna, förutom sina vanliga arbetsuppgifter, flertalet av de psykiatriska undersökningar av tilltalade, som vistas på fri fot, varom domstolarna förordna. Fr. o. m. den 1 januari 1946 ha emellertid för detta ändamål inrättats särskilda *rättsspsykiatriska avdelningar*, åtta till antalet och förlagda till Psykiatriska sjukhuset i Stockholm samt Ulleråkers, Ryhovs, S:t Lars, S:t Jörgens, Mariebergs, Sidsjöns och Umedalens sjukhus. Varje sådan avdelning har en överläkare såsom chef. Därjämte finnas underläkare, socialassistenter och skrivbiträdespersonal.

Förutom nu angivna befattningshavare för ledning, sjukvård och rättspsykiatriska undersökningar finns personal för *administration samt ekonomisk förvaltning och drift*, kontors- och ekonomipersonal. Vid varje sjukhus finns slutligen en predikant, som förutom förrättandet av gudstjänster o. d. plägar omhänderha det bibliotek, som står till patienternas förfogande.

Nuvarande kommunala sinnessjukvård. I tabell 2 angivas storstädernas *sinnessjukhus*.

Göteborgs stad driver, förutom Lillhagens sjukhus, ett sekundärsjukhus med 41 vårdplatser — Lerjeholms sjukhus — samt har en avdelning för psykiskt sjuka med 80 vårdplatser vid Sahlgrenska sjukhuset. Även Malmö stad har en sådan avdelning med 34 vårdplatser vid sitt allmänna sjukhus. Särskilt den förra av dessa avdelningar, vilken enligt sinnessjuklagens begrepp är ett vårdhem, är till sin funktion likartad de psykiatriska klinikerna vid undervis-

ningssjukhusen. Den användes nämligen för att på ett tidigt stadium bereda vård åt lindrigt psykiskt sjuka. Nämda avdelning vid Malmö allmänna sjukhus, vilken har ungefär samma funktion, är däremot formellt sett sinnessjukhus.

Enligt uppgifterna i nyssnämnda tabell uppgår antalet nyintagningar vid storstädernas primärsjukhus till omkring 73 % av medelbeläggningen. Patientomsättningen är sålunda betydligt större än vid motsvarande statliga sjukhus. Det vårdade klientelet är emellertid delvis olikartat klientelet vid de senare sjukhusen, varför omsättningssiffrorna ej äro helt jämförbara.

Sinnessjukhusen i Stockholm, Göteborg och Malmö, av vilka de största äro relativt moderna, uppvisa i fråga om byggnadssätt icke några anmärkningsvärda avvikelser från jämförbara statliga sinnessjukhus. Förvaltningen omhänderhaves av de kommunala organen för städernas sjukhusväsende parallellt med förvaltningen av kroppssjukhusen — närmast av resp. sjukhusdirektioner.

Beträffande personalorganisationen m. m. må i detta sammanhang endast nämnas, att vid storstädernas sinnessjukhus — till skillnad från förhållandet vid de statliga — icke finnas manliga förmansbefattningar inom sjukvården. Befattningar av detta slag innehavas genomgående av lasaretsutbildade sjuksköterskor. Vidare finnas särskilda sociala kuratorer. Vid de statliga sjukhusen fullgöra hjälpverksamhetsföreståndarinnorna motsvarande sysslor samtidigt med sin huvuduppgift, medverkan i den öppna sinnessjukvården. På grund av att kuratorsgöromålen inom dessa städers sinnessjukvård äro avsevärt mer omfattande än på landsbygden, har inrättande av nämnda särskilda kuratel blivit nödvändigt.

Även inom storstädernas sinnessjukvård finnes *familjevård och hjälpverksamhet* anordnad. I Stockholm och Göteborg är emellertid denna del av vården ej ansluten till sjukhusen utan utgör en fristående organisation. Familjevården är uppbyggd kring centralhem i likhet med den familjevårdskoloni i Österkorsberga, som drives av S:t Sigfrids sjukhus, och har fått en proportionellt sett betydligt större omfattning än motsvarande vård inom den statliga sinnessjukvården.

Den öppna sinnessjukvården i Malmö är ordnad på samma sätt som vid de statliga sinnessjukhusen. Det må nämnas, att även Norrköpings stad anordnat egen hjälpverksamhet.

Såsom ovan berörts ha också *vissa andra städer* än Stockholm, Göteborg och Malmö samt *vissa landskommuner och kommunalsammanslutningar* sedan länge drivit egna sinnessjukhus för att i någon mån undanröja olägenheterna av den statliga sinnessjukvårdens otillräckliga kapacitet. Efter tillkomsten av statsbidrag till inrättande och drift av kommunala vårdhem ha emellertid många av dessa sinnessjukhus omändrats till vårdhem, men alltjämt finnes ett fyrtiotal smärre sådana. De flesta äro anordnade såsom avdelningar vid fattigvårdsanstalter och ha mindre än 50 vårdplatser. Endast ett litet fåtal har större platsantal. Som nämnts representera de tillsammans omkring 1 400 vårdplatser.

Särskilda bestämmelser angående kommunala sinnessjukhus äro meddelade i 2 kap. av sinnessjukvårdsstadgan. I enlighet därmed gäller angående ansvaret för och kontrollen av vården i stort sett detsamma som för de statliga sinnessjukhusen. I fråga om förvaltningen — utom vad angår sjukhus, anordnat i anslutning till fattigvårdsanstalt — gäller i princip vad i lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus och i sjukhusstadgan finnes föreskrivet om lasarett eller, om antalet vårdplatser ej överstiger 150, angående sjukstuga med högst 30 vårdplatser.

Antalet kommunala vårdhem för lättskötta sinnessjuka uppgår f. n. till ett femtiotal. De äro av varierande storlek. Vid ungefär hälften uppgår platsantalet icke till 50 och endast vid ett fåtal överstiger det 100. Som ovan nämnts representera de omkring 2 800 vårdplatser.

De sjuka å kommunalt vårdhem vårdas under inseeende av en för ändamålet tillsatt legitimerad läkare, för vilken medicinalstyrelsen har att, efter vederbörande kommunala myndighets hörande, utfärda instruktion. Medicinalstyrelsen äger också låta verkställa inspektion av vårdhem, och sådan anstalt står jämväl under tillsyn av överinspektören för sinnessjukvården i riket.

För varje vårdhem skall finnas en föreståndare med uppgift att omhänderta därstädes meddelad vård. Denne är därvid bl. a. skyldig att beträffande sinnessjuk, mot vilken tvångsätgård visat sig nödvändig, vidtaga erforderliga åtgärder för att ansökan om den sjukes intagning å sinnessjukhus sker.

Särskilda bestämmelser om vårdhem för sinnessjuka äro meddelade i 4 kap. av sinnessjukvårdsstadgan.

Tabell 3. Driftkostnader vid vissa sinnessjukhus samt vid kommunala vårdhem för sinnessjuka år 1946.

Huvudmän och anstalter	Kostnader i kronor för						
	sjukhusvård		familjevård		hjälp- verksam- het	driften i dess helhet	
	totalt	per vård dag	totalt	per vård dag		totalt	därav för personal
<i>Staten.</i>							
Primärsjukhus	44 728 960	6: 58	519 599	2: 56	151 715	45 400 274	32 374 244
Sekundärsjukhus	4 043 967	6: 97	10 498	0: 72	5 251	4 059 716	2 863 731
Sjukhus för sinnesslöa	3 854 831	6: 52	62 492	2: 38	—	3 917 323	2 594 140
<i>Stockholms stad.</i>							
Beckomberga och Långbro sjukhus. . . .	9 897 311	9: 72	—	—	—	9 897 311	6 975 298
<i>Göteborgs stad.</i>							
Lillhagens sjukhus. . . .	3 995 658	9: 36	—	—	—	3 995 658	2 116 693
<i>Malmö stad.</i>							
Malmö östra sjukhus. .	1 803 801	8: 91	—	—	—	1 803 801	1 080 415
<i>Kommunala vårdhem . . .</i>	4 503 885	4: 43	—	—	—	4 503 885	1 747 795

Driftkostnader vid vårdanstalter för sinnessjuka. Kostnaderna för sinnessjukvården äro betydande, och till största delen falla de på samhället. För att belysa omfattningen av driftkostnaderna vid olika anstalter inom denna vård ha senaste officiella uppgifter i detta avseende återgivits i tabell 3. I där upptagna kostnadsbelopp ingå ej amorteringar å byggnader eller kostnader för nyanläggningar, ombyggnader, större anskaffningar av ny utrustning o. d.

Då storstädernas sekundärsjukhus samt andra städers och kommuners sinnessjukhus till stor del ingå i sjukhus och anstalter av annan art, kunna ej exakta motsvarande kostnadsuppgifter lämnas beträffande dem.

Till belysande av kostnaderna för att inrätta ett nytt sinnessjukhus må nämnas, att uppförandet och utrustningen av Sidsjöns sjukhus med sina 918 vårdplatser, som ägde rum under åren 1939—1944, uppgått till sammanlagt något mer än 13 miljoner kronor eller till omkring 14 000 kronor per vårdplats. Denna kostnad kan vid nuvarande prisläge (1948) beräknas motsvara ett 40 % högre belopp eller cirka 18 miljoner kronor — per vårdplats omkring 20 000 kronor.

Kap. 2. Sjukhusutredningens allmänna synpunkter.

För att sinnessjukvården på bästa möjliga sätt skall tjäna sitt ändamål bör den vara så ordnad, att den i första hand söker förebygga utbrott av sinnessjukdom och i de fall, då sådan sjukdom likväl utbryter, på ett så tidigt stadium som möjligt kan angripa den med de medel, som äro kända såsom mest effektiva och lämpliga för återförande av patienten till hälsa eller för hans förbättring. Därest det ej är möjligt åstadkomma sådan förbättring, bör vården ha till uppgift att förhindra försämring av patientens hälsotillstånd samt tillse, att sjukdomen är till minsta möjliga men för såväl patienten som andra. Vid en översyn av sinnessjukvården ur rationaliseringssynpunkt bör detta vara den ledande principen, som man skall söka förverkliga på enklaste och minst kostsamma sätt.

Vid en dylik översyn möter först frågan, huruvida sinnessjukvården är *lämpligt avgränsad* eller om den bör på något sätt begränsas. Denna fråga tager främst sikte på vården av de kriminella psykopaterna, vilka hittills i stor utsträckning omhändertagits på sinnessjukhusen, samt vården av enbart sinnesslöa vid dessa sjukhus.

Enligt sjukhusutredningens mening är det ur vårdsynpunkt olämpligt, att dessa klientelkategorier vårdas vid egentliga sinnessjukhus. Frågan om psykopatvården har också vid 1947 års riksdag i princip lösts på det sättet, att särskilda anstalter skola inrättas för denna vård.

Härnäst uppställer sig spørgsmålet, om *vårdbehovet* inom den slutna egentliga sinnessjukvården kan tillgodoses genom mindre kostnadskrävande åtgärder än utökning av antalet vårdplatser. Även om man räknar med att en ganska betydande avlastning av denna vård skulle åstadkommas genom en mer ändamålsenlig avgränsning av densamma, erfordras dock ett stort antal

nya platser för att täcka vårdbehovet. På praktiskt taget alla sinnessjukhusen råder en besvärande permanent överbeläggning och många sjuka få vänta på vård.

Denna brist på vårdplatser påverkar i hög grad verksamheten vid sjukhusen, och för att rätt kunna bedöma förutsättningarna för en rationalisering av denna har det varit nödvändigt för sjukhusutredningen att söka klarlägga på dessa förhållanden inverkan faktorer. Därvid har utredningen kommit till följande uppfattning.

För att inom ramen för samhällets ekonomiska resurser i görligaste mån tillfredsställa det ständigt växande behovet av vårdplatser för sinnessjuka ha vissa eftergifter i kvalitativt avseende hitintills måst medgivas, i vad avser såväl sjukhusanläggningarna som den löpande verksamheten. Därigenom ha sinnessjukhusen i allmänhet ej i tillnärmelsevis samma utsträckning som kroppssjukhusen tillgodosetts i fråga om personella och materiella resurser. Främst till följd av de ökade möjligheter till effektivt bekämpande av sinnessjukdomarna, som nyare behandlingsmetoder och forskningsresultat innebära, torde emellertid nu tiden vara inne att sätta de kvalitativa frågorna mera i förgrunden. Med de begränsade resurser, som stå våra sinnessjukhus till buds, torde nämligen redan befintliga vårdplatser icke kunna anses utnyttjade så effektivt som möjligt.

Genom att skapa möjligheter till intensivare vård och ökad omsättning på platserna borde den ur samhällsekonomisk synpunkt synnerligen betungande utökningen av platsantalet vid sinnessjukhusen åtminstone i viss mån kunna begränsas. Därtill kommer vad en effektivitetsökning betyder i fråga om minskat lidande samt minskad oro för såväl de sjuka som deras omgivning. På grund av sinnessjukdomarnas avsevärda utbredning och deras invalidiserande verkan innebär vidare varje ökning av antalet återställda eller förbättrade betydande besparingar i form av minskade vårdkostnader samt sjuk- och invaliditetsunderstöd av olika slag ävensom ett tillskott till samhällets tillgång på arbetskraft.

Utredningen har styrkts i sin uppfattning, att stora delar av vårt lands sinnessjukvård skulle kunna givas ökad vårdkapacitet bl. a. genom jämförelser med motsvarande förhållanden i vissa andra länder. Sålunda är man exempelvis i Danmark proportionellt sett ej i behov av så stort antal vårdplatser för sinnessjuka som i medicinalstyrelsens år 1945 framlagda 10-årsplan för sinnessjukvårdens utbyggande förutsatts för vårt land (cirka 2,5 resp. 5 vårdplatser per 1 000 invånare). Detta synes åtminstone i viss utsträckning bero på att de danska sinnessjukhusen äro bättre tillgodosedda i fråga om vårdresurser än de svenska. Beträffande dessa frågor hänvisas till en promemoria, som upprättats i anslutning till en av vissa utredningens ledamöter och experter i Danmark företagen studieresa (*bilaga 1*).

I detta läge framstår det ur rationaliseringssynpunkt såsom mest angeläget att genom ett ökat tillgodoseende av sjukhusens behov i kvalitativt avseende åstadkomma en omsvängning av sinnessjukvårdens utveckling såtillvida,

att principiellt sett i första hand vårdens effektivitet höjes och därefter, i den mån så visar sig erforderligt, platsantalet ökas. Viss utbyggnad i kvantitativt avseende samtidigt med den kvalitativa uppbyggnaden torde dock vara ofrånkomlig. Underlåtenhet härutinnan skulle fördröja resultatet av vårdens intensifiering vid de befintliga sjukhusen.

Jämlikt det anförda har sjukhusutredningen ej ansett sig böra i främsta rummet söka finna möjligheter till ett förbilligande av nuvarande organisation och verksamhet vid sinnessjukhusen utan fast mer möjligheter att genom rationalisering åstadkomma effektivare vård och därigenom en begränsning av den avsevärda successiva stegring i fråga om såväl anläggnings- som driftkostnaderna, som en fortgående kvantitativ utbyggnad oundvikligen medför. Åtgärder i detta syfte måste till en början medföra ökade kostnader för den löpande verksamheten.

Angående de närmare förutsättningarna för ett ändamålsenligare och effektivare utnyttjande av befintliga vårdplatser för sinnessjuka får utredningen anföra följande.

För möjligheterna att å ena sidan förebygga utbrott av sinnessjukdom och på ett tidigt stadium ombesörja effektiv vård för insjuknade samt å andra sidan underlätta frigörandet av vårdplatser är helt naturligt en rationellt ordnad öppen sinnessjukvård — innefattande även eftervård, arbetsberedning o. d. — av den största betydelse. Därför framstår det såsom angeläget med en *utbyggnad och effektivisering av såväl den speciella hjälpverksamheten som familjevården*, liksom ock en *förbättrad kontakt med den allmänna arbetsförmedlingen* och annan social hjälpverksamhet. I syfte att med den öppna vårdens medverkan få till stånd ett effektivare utnyttjande av den totala platstillgången bör jämväl en *bättre samordning mellan den kvalificerade sinnessjukvården och den speciella vården av lättskötta sinnessjuka* organiseras.

I enlighet härmed förklarade sig utredningen i sitt den 25 november 1945 avgivna yttrande över medicinalstyrelsens 10-årsplan för den statliga sinnessjukvården vara av den meningen, att vid varje sinnessjukhus med öppen vård i princip borde finnas inrättad en särskild överläkartjänst för denna vård. Innehavare av sådan befattning borde också ha till uppgift att handha organiserandet och tillsynen av familjevården vid sjukhuset samt etablera erforderlig förmedling av platser åt vårdbehövande inom såväl den statliga som landstingskommunala sinnessjukvården. Endast vid enstaka sjukhus med särskilt små upptagningsområden borde det förhållandet godtagas, att den öppna vården handhaves såsom bisyssla. I sitt yttrande över kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande med förslag till effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra har utredningen vidare föreslagit, att nyssnämnda överläkare skola såsom konsulter e. d. knytas till de offentliga arbetsförmedlingsorganen för att göra dessa bättre ägnade att placera sinnessjuka och från sinnessjukhusen utskrivna i lämpligt arbete.

De för sinnessjukvårdens rationalisering mest betydelsefulla åtgärderna torde dock bestå i en *effektivisering av den vid de statliga sinnessjukhusen mddelade sjukvården*.

För en högkvalificerad och intensiv sjukhusvård erfordras först och främst, att sjukvårdsarbetet handhaves av lämplig samt för resp. arbetsuppgifter väl utbildad och erfaren personal. Sålunda bör urvalet av arbetskraft ske enligt rationella grunder, särskilt vad angår anställning och befordran av läkare och aman personal i ansvarig ställning. I fråga om utbildning måste i större utstäckning än för närvarande av de befattningshavare, som leda eller utföra egentligt sjukvårdsarbete, fordras grundliga kunskaper och erfarenhet i såväl sinnessjukvård som kroppssjukvård. Genom stipendier för forskning och utlandsstudier böra läkarna därjämte stimuleras till att föra utvecklingen på området framåt. Likaså är det önskvärt, att befattningshavare av alla slag beredas större möjligheter till specialutbildning inom sina fack.

För att på bästa sätt tillvarataga den utbildade arbetskraften kräves en mera *stikt och ändamålsenlig arbetsfördelning*. Enklare arbetsuppgifter böra överflyttas från kvalificerad till mindre kvalificerad personal (ökad skrivhjälp åt läkarna, avlastning av skrivgöromål från uppsyningspersonalen och vissa biträdegöromål på vårdavdelningarna från den sjukvårdsutbildade personalen). Samtidigt är det angeläget att eftersträva decentralisering av ansvaret i lämplig utsträckning (ökat ansvar åt överskötare och översköterskor m. m.).

En ändamålsenlig användning av arbetskraften fordrar vidare *planering av arbetet och reglering av personalens tjänstgöringstider enligt rationella normer*. Tillika bör såvitt möjligt *förenkling och underlättande av arbetet* åstadkommas. I den mån de medicinska kraven ej utgöra hinder därför, böra sålunda tekniska hjälpmedel användas samt sjukhusbyggnaderna och deras lokaler planeras, utformas och utrustas på det ur arbetssynpunkt lämpligaste sättet.

Enligt sjukhusutredningens uppfattning talar ock angelägenheten av att koncentrera sjukhusens samtliga krafter på uteslutande väsentliga uppgifter för ett nedläggande i viss utsträckning av jordbruksdrift och andra verksamhetsgrenar utan egentlig betydelse för vården.

Åtgärder för att enligt nu angivna linjer öka organisationens effektivitet äro dock, såvitt sjukhusutredningens undersökningar givit vid handen, icke tillräckliga. Därjämte erfordras en ej obetydlig *utökning av personalen för sjukvårdsarbetet*, avseende dels större antal sinnessjukläkare och annan personal för den psykiska vården dels ock ökad sakkunskap i fråga om somatisk diagnostik och terapi, särskilt inom invärtesmedicinens och lungtuberkulosens områden. För en utveckling och intensifiering av sysselsättnings- och arbetstempnen kräves härjämte särskilda, för ändamålet utbildade befattningshavare (arbetsterapeuter).

Sina synpunkter på behovet av ökade läkarkrafter har utredningen närmare utvecklats i sitt yttrande över medicinalstyrelsens 10-årsplan för den statliga sinnessjukvården. I huvudsak anfördes därom följande.

För att nedbringa medelvårdtiden per patient och därigenom bereda möjligheter till större patientomsättning vid sinnessjukhusen erfordras i första hand, att ökade krafter för diagnostik och terapi insätts.

Psykiatriens snabba utveckling under senare år har medfört starkt ökade krav på diagnostiken inom sinnessjukvården, men denna utveckling har också satt medel i händerna på läkarna, med vilka goda resultat kunna ernås genom aktiv terapi. Därför kan numera hävdas, att inom den kvalificerade sinnessjukvården erfordras läkarkrafter i betydligt större utsträckning än tidigare. I enlighet härmed får sjukhusutredningen starkt understryka medicinalstyrelsens önskemål om ökat antal läkare vid de statliga sinnessjukhusen.

Antalet läkare vid statens egentliga sinnessjukhus utgör sammanlagt 117 och, då medelbeläggningen år 1944 uppgick till 19 772, vårdades därstädes i genomsnitt 169 patienter per läkare. Vid ett flertal sjukhus uppgick emellertid patientantalet per läkare till mer än 200. Vid sådant förhållande kan man enligt utredningens mening icke räkna med att läkarna skola medhinna diagnostisk och terapeutisk verksamhet i den utsträckning, som nutida sinnessjukvård kräver. Än mindre torde det vara möjligt för dem att medverka till att föra utvecklingen på området vidare. Genom inrättandet av särskilda läkarbefattningar för rättspsykiatriska undersökningar fr. o. m. den 1 januari 1946 komma givetvis förhållandena att förbättras. Erfarenheterna i Danmark utvisa emellertid, att antalet läkare åtminstone bör utökas så, att per läkare komma att vårdas i medeltal endast 100 à 125 patienter.

Medicinalstyrelsen har även framhållit önskvärdheten av att överläkaravdelningarna minskas så att envar av dem inrymmer högst 400 patienter. Sjukhusutredningen delar i princip denna uppfattning. Organisationen bör vara sådan, att den för den individuella vården ansvarige läkaren äger möjlighet att relativt väl känna till de olika patienterna och följa förloppet av deras sjukdomar. Det bör emellertid framhållas att en uppdelning av ett sinnessjukhus på flera än två — en för manliga och en för kvinnliga patienter — i fråga om sjukvården helt jämställda överläkare kan medföra vissa olägenheter, bl. a. därigenom att sjukhusets upptagningsområde splittras. Detta kan få till följd, att vårdplatserna inom de olika överläkaravdelningarna ej utnyttjas på det för hela upptagningsområdet bästa sättet. Även ur andra synpunkter är inrättandet av ytterligare självständiga överläkaravdelningar ofördelaktigt. Bland annat erfordras för varje överläkaravdelning särskild uppsyningspersonal och vidare är det på olika sätt betungande för den administrativa förvaltningen med ett flertal överläkaravdelningar.

På grund härav vill sjukhusutredningen förorda, att vid ifrågasatt uppdelning av ett sjukhus på flera än två överläkaravdelningar tages under övervägande, huruvida icke i stället en eller två befattningar såsom biträdande överläkare böra inrättas. Sådan läkare skulle då beträffande viss del av den överläkaravdelning han tillhör övertaga ansvaret för den individuella vården och i fråga om intagning och principiella frågor vara underställd och skyldig att rådgöra med vederbörande överläkare. Även om också en sådan anordning skulle nödvändiggöra viss förstärkning av uppsyningspersonalen, torde utökning ej erfordras i samma omfattning som vid inrättande av ny självständig överläkaravdelning.

Sjukhusutredningen har icke förbiset, att nu berörda olägenhet kan undvikas även på annat sätt, t. ex. genom att anförtro intagningen åt sjukhuschefen eller genom att inrätta en särskild befattning, vars innehavare finge till uppgift att fördela intagningarna å de olika överläkaravdelningarna. Andra skäl tala emellertid emot en sådan ordning. Sjukhusutredningen har därför icke funnit sig böra förorda en omorganisation i denna riktning.

Till varje sinnessjukhus bör — i likhet med vad fallet är i Danmark — knytas en internmedicinsk specialist såsom konsult med uppgift att leda och övervaka somatisk undersökning och behandling vid sjukhuset. Såsom sådana konsulter

bra, i den mån det är möjligt, anlitas överläkare eller andra erfarna läkare vid medicinska lasaretsavdelningar.

Sjukhusutredningen är väl medveten om att den allmänna bristen på arbetskraft kan komma att lägga allvarliga hinder i vägen för tillgodoseende av det ökade personalbehov, som föreligger inom sinnessjukvården. Icke desto mindre måste utredningen fasthålla vid att en väsentlig utökning av hithörande personal är ett oeftergivligt krav för höjande av vårdens effektivitet och att största möjliga ansträngningar måste göras för att främja detta syfte. Härvid kan utredningen ej underlåta att framhålla betydelsen av att *avlöningsförmåerna* för ifrågavarande personalgrupper tillfredsställande avpassas i förhållande till förmånerna för motsvarande personal inom annan sjukvård. Bl. a. på grund av brister i detta avseende har rekryteringen av tjänster inom sinnessjukvården med kvalificerad personal hittills ofta berett stora svårigheter.

Samtidigt med rationalisering och förstärkning av sinnessjukhusens personella organisation måste förutsättningarna för goda vårdresultat ökas genom en *upprustning i fråga om de materiella resurserna*. I främsta rummet erfrådras god modern teknisk utrustning för diagnostik och terapi samt betydligt större möjligheter till differentiering av patienterna än f. n. Utredningen vill i detta sammanhang betona, att inom psykisk sjukvård äro också alla de yttre omständigheter, som skänka patienterna trivsel och förströelse (kost av god kvalitet, trivsamma kläder, skälig ersättning för arbete, vårdavdelningarnas utsmyckning, underhållning av olika slag etc.) att betrakta såsom betydelsefulla terapeutiska hjälpmedel.

I fråga om teknisk utrustning för diagnostik och terapi avser utredningen närmast goda laboratorie- och behandlingsutrustningar samt röntgenanläggningar. Åtminstone tills vidare synas dock sistnämnda anläggningar icke behöva vara av särskilt dyrbar typ. Det torde vara tillfyllest, om apparaturen motsvarar de krav, som ställas å sådan utrustning för sjukstugor och lasarett, vid vilka icke finnes anställd specialutbildad röntgenolog. Den behöver sålunda endast möjliggöra vanlig skelettfotografering, genomlysning av lungor o. d. och ej omfatta skullbord eller annan utrustning för mer komplicerade undersökningar. För sådana bör nämligen röntgenspecialist å lasarett under alla förhållanden anlitas. Icke desto mindre är det tillrådligt att utrymmen för nytillkommande röntgenavdelningar — liksom för speciella operations- och behandlingsavdelningar — planeras med tanke på att utvecklingen kan komma att medföra behov av möjligheter till hjärnkirurgiska eller andra komplicerade operativa ingrepp vid sinnessjukhusen.

I samband med frågan om sinnessjukvårdens avgränsning har ovan framhållits betydelsen av att särskilja vården av kriminella psykopater och enbart sinnesslöa från den egentliga sinnessjukvården. Även inom sistnämnda vård är emellertid en rationell *patientdifferentiering* av den största betydelse för att goda vårdresultat skola kunna uppnås. Därför har utredningen företagit ingående undersökningar i detta avseende för att finna ändamålsenliga normer för uppdelning av sjukhusen på vårdavdelningar av olika slag m. m.

I sitt yttrande över medicinalstyrelsens 10-årsplan för den statliga sjuksjukvården angav utredningen i huvudsak sina synpunkter på hithörande spörsmål sålunda.

Vid tidigare utförda och nu pågående undersökningar rörande förekomsten av tuberkulos vid sinnessjukhusen har det framgått, att patienterna vid dessa sjukhus i betydligt större omfattning än befolkningen i övrigt äro behäftade med denna sjukdom. Det kan även anses konstaterat, att dessa patienter i stor utsträckning smittas med tuberkulos efter intagningen å sjukhusen. Med hänsyn till detta förhållande är det angeläget att tuberkulosfrågan för sinnessjukhusens vidkommande snarast får en lösning. En fortsatt inventering av tuberkulosfallen är givetvis önskvärd. För att man skall kunna helt tillgodogöra sig dess resultat, kräves emellertid härutöver, att tillfredsställande isolerings- och vårdmöjligheter beredas de smittoförande tuberkulospatienterna.

Vid några av statens sinnessjukhus ha vissa avdelningar avdelats eller inrättats för detta ändamål och enligt medicinalstyrelsens förevarande plan skulle föreslagna tillbyggnader vid ett par sjukhus omfatta tuberkulosavdelningar, inrymmande vardera 80 vårdplatser.

Det torde emellertid kunna starkt ifrågasättas, huruvida en sålunda ordnad tuberkulosvård verkligen är tillfredsställande. Därigenom vinnes vanligtvis icke tillförlitligt skydd mot smittas spridning å sjukhusen och den tuberkulosvård, som beredes ifrågavarande patienter, blir sällan av tidsenlig kvalitet. Båda dessa önskemål torde i vart fall väsentligt bättre kunna tillgodoses, om vården av sinnessjuka med tuberkulos i smittsamt skede centraliseras till ett fåtal speciella tuberkulossjukhus. Av såväl ekonomiska som organisatoriska skäl torde dessa sjukhus böra anslutas såsom avdelningar till vanliga sinnessjukhus men uppföras och utrustas på sådant sätt, att de dels tillfredsställa alla krav på säkerhet mot smittas spridning dels ock bereda möjligheter för sanatoriemässig tuberkulosvård. Varje sådan tuberkulosavdelning bör förläggas till sinnessjukhus, beläget i närheten av sanatorium eller fristående centraldispensär, och förestås av en sinnessjukläkare med åtminstone ett års sanatorieutbildning. Till avdelningen bör såsom konsult knytas en vid sanatorium eller centraldispensär anställd specialist. Beträffande den psykiska vården bör avdelningen ingå i vederbörande sjukhus i övrigt.

Sådan tuberkulosanstalt, som här åsyftas, synes böra omfatta 100 å 120 vårdplatser å fyra avdelningar med vardera omkring 25 vårdplatser, en orolig och en lugn för män samt en orolig och en lugn för kvinnor.

Inom nu föreslagna tuberkulosavdelningar böra smittoförande tuberkulospatienter från samtliga statens sinnessjukhus vårdas.

I fråga om patientdifferentieringen i övrigt anförde utredningen bl. a. följande.

Vårdavdelningarna äro i betydande utsträckning alltför stora. Avdelningarnas storlek, förläggning och utrustning äro f. n. endast i mindre omfattning avpassade efter de krav, som vården av olika kategorier sinnessjuka numera uppställer för att ett gynnsamt resultat skall vinnas. Genom den onormala överbeläggningen ha förhållandena ytterligare försämrats. Följden har blivit, att patienter med mycket artskilda sinnessjukdomar måste sammanblandas. I stort sett har man hittills måst nöja sig med en uppdelning av klientelet i oroliga, halvroliga och lugna patienter. Därjämte finnas i viss utsträckning inrättade s. k. sekundär-sjukhus och sekundäravdelningar för kroniska patienter.

Enligt sjukhusutredningens mening torde nu berörda bristande möjligheter till differentiering vara ägnade att direkt motverka sjukvårdens intressen. Erfarenheten får anses ha klart visat, att ju längre man för underlättande och förbättring av vården drivit patientdifferentieringen desto gynnsammare resultat uppnås.

Särskilt gäller detta vården av akut sinnessjuka. För dessa böra därför ökade möjligheter till differentiering snarast möjligt åvägbringas. Ehuru en bättre differentiering torde ha gynnsamt inflytande även på vården av kroniska patienter, kan det dock ej anses vara av lika stor vikt, att den genomföres i samma utsträckning för patienter av detta slag.

Efter ingående undersökningar i syfte att finna en norm för patientdifferentieringen, som ej medför alltför stora kostnader, har sjukhusutredningen kommit till den uppfattningen, att vid ett sinnessjukhus bör i princip finnas avdelningar av två storlekar, en mindre typ om högst 20 à 25 vårdplatser och en större typ om cirka 40 vårdplatser. Den mindre typen benämnes i det följande A-avdelning (vårdplatserna A-platser) och den större typen B-avdelning (vårdplatserna B-platser).

B-avdelningarna skulle vara avsedda för kroniska, uppegående patienter, som äro i behov av vistelse å slutan anstalt men icke av diagnostiska eller medicinskt terapeutiska åtgärder i någon större utsträckning. Patienter å dessa avdelningar böra i huvudsak kunna sköta sig själva, men kontinuerlig övervakning förutsättes. Sjukhusens övriga patienter skulle vårdas å A-platser respektive specialavdelningar.

Vissa A-avdelningar böra sammanföras till en högkvalificerad intagningscentral för vederbörande överläkaravdelning och därför vara särskilt väl utrustade för diagnostisk verksamhet. Övriga A-avdelningar skulle avses för dels färdigdiagnostiserade akut sinnessjuka dels ock kroniska svårskötta patienter. De avdelningar, å vilka akut sinnessjuka skulle vårdas, böra utrustas för intensiv behandling av olika slag, medan avdelningarna för kroniska svårskötta patienter närmast skulle få karaktären av övervakningsavdelningar. A-avdelningar skulle finnas av orolig, halvrolig och lugn typ. B-avdelningarna skulle endast vara av antingen halvrolig eller lugn typ.

B-platserna skulle utgöra ett komplement till A-platserna inom vederbörande överläkaravdelning. Ansvar för vården å B-platserna skulle emellertid å överläkaravdelning, inom vilken biträdande överläkartjänst inrättas, lämpligen kunna överlåtas å innehavare av sådan befattning.

Enligt utredningens mening skulle differentiering efter nu angivna riktlinjer medföra en rationalisering av sinnessjukvården icke minst därigenom, att sjukhusens kvalificerade sjukvårdskrafter på ett avgjort bättre sätt än nu skulle kunna koncentreras till vården av de patienter, som äro i behov av diagnostiska och terapeutiska åtgärder. Det bör måhända understrykas, att utredningen genom sitt förslag om inrättande av B-avdelningarna icke åsyftar ett återinförande av asylsystemet vid sinnessjukhusen. Dessa avdelningar skulle icke såsom de tidigare asylerna genom strikta, reglerade gränser särskiljas från vederbörande sjukhus i övrigt. Överflyttningar mellan A- och B-avdelningar skulle obehindrat kunna ske allt efter behov.

Flertalet överläkare vid de statliga sinnessjukhusen med egna upptagningsområden ha i samband med en enquête tillstyrkt en differentiering på ovan angivet sätt.

I likhet med vissa överläkare vill sjukhusutredningen ifrågasätta lämpligheten av att bibehålla fristående sekundärsjukhus. Denna anordning har nämligen en stor del av asylsystemets nackdelar och medför ofta patienters förflyttning — med betydande kostnader för statsverket — till sjukhus, beläget på stort avstånd från hemorten och anhöriga. Däremot har utredningen icke något att erinra mot att B-avdelningar av ovan angiven typ anordnas i anslutning till sinnessjukhusen men utanför deras områden (sekundäravdelningar). Villkoret härför är dock, att dessa avdelningar läggas på obetydligt avstånd från vederbörande modersjukhus. Dettas läkare böra nämligen helt omhänderha vården vid sådan avdelning och minst några gånger varje vecka besöka avdelningen. Även ur andra synpunkter (mattransporter, tvätt, arbetsterapi m. m.) är det av betydelse, att avståndet mellan sjukhuset och B-avdelningen ej är besvärande.

I yttrandet framhöll utredningen vidare angelägenheten av att en modernisering av de sinnessjukhus, som äro avsedda att bibehållas, snarast kommer till stånd med beaktande av angivna riktlinjer för patientdifferentieringen och de organisatoriska förändringar, som utredningen ifrågasatt beträffande överläkaravdelningarna. Därvid åberopades att man vid alla äldre sinnessjukhus i Danmark med stor framgång genomfört sådan modernisering.

De *psykiatriska kliniker*, som numera äro avsedda att anslutas till landstingens centrallasarett eller andra kroppssjukhus, torde komma att bliva ett synnerligen värdefullt komplement till den statliga sinnessjukvården, särskilt med hänsyn till att sinnessjukdomar i åtskilliga fall kunna förmodas vid dessa kliniker komma under behandling på ett tidigare stadium än eljest. Sjukhusutredningen ser i nyssnämnda kliniker även en betydelsefull förbindelselänk mellan kroppssjukvård och sinnessjukvård. Det är emellertid av vikt, att ett fruktbringande samarbete mellan de båda vårdformerna eftersträvas jämväl efter andra linjer. Bl. a. med hänsyn härtill torde *sinnessjukhusens upptagningsområden* böra bringas att så nära som möjligt sammanfalla med landstingsområdena. Särskilt är det av vikt att denna synpunkt beaktas vid uppförande och inrättande av nya sjukhus. I detta sammanhang må nämnas, att åtskilliga skäl synas tala för att sinnessjukvården genomgående borde inordnas under samma huvudmän som handhava kroppssjukvården. Prövningen av denna fråga, som icke kan anses ingå i sjukhusutredningens uppdrag, torde emellertid böra anstå för att upptagas i ett vidare sammanhang.

Spörsmål rörande organisationen av sinnessjukhusens centrala förvaltning kunna icke heller anses falla inom ramen för utredningsuppdraget, men sjukhusutredningen kan ej underlåta framhålla, att det ur organisatorisk synpunkt icke kan anses tillfredsställande, att *såväl ledning som kontroll av verksamheten* vid de statliga sinnessjukhusen fullgöras av en och samma myndighet, medicinalstyrelsen. Därvid uppstår nämligen icke den spänning mellan ansvaret för driften och ansvaret för kontrollen, som är önskvärd för att fortlöpande hålla sinnessjukvården i nivå med utvecklingen.

Sjukhusutredningen räknar med att en utveckling av sinnessjukvården efter ovan antydda riktlinjer skulle kunna medföra ett nedbringande av medelvårdtiden och en väsentlig ökning av patientomsättningen vid sinnessjukhusen. Betydelsen därav framgår, om man beaktar att en ökning av denna omsättning vid de statliga primärsjukhusen i så måtto, att antalet nyintagningar per år i genomsnitt uppginge till cirka 50 % av normal medelbeläggning, skulle göra det möjligt att under varje år utnyttja de befintliga vårdplatserna vid nyssnämnda sjukhus för vård av åtminstone 1 000 flera patienter än f. n. Ej enbart med hänsyn till förhållandena i vissa andra länder utan även till patientomsättningssiffror, som uppnåtts vid enstaka svenska sinnessjukhus, förefaller det också möjligt att inom en relativt kort tidsperiod uppnå ett sådant eller ännu bättre resultat.

Statens sjukhusutredning vill slutligen erinra om att — i anledning av vad vid remissbehandlingen av medicinalstyrelsens förslag till 10-årsplan för

sinnessjukvården framkommit — numera tillkallats *särskilda sakkunniga* för behandling av bl. a. följande frågor, nämligen

- 1) huvudmannaskapet för vårdhemmen för lättskötta sinnessjuka,
- 2) den öppna sinnessjukvårdens organisation,
- 3) vården av sinnessjuka med tuberkulos i smittsamt skede,
- 4) utbyggnaden av den statliga sinnessjukvården i övrigt,
- 5) anordnande av specialutbildning för sinnessjukläkare samt
- 6) sinnessjukläkarnas avlöningsförmåner.

Vidare har *medicinalstyrelsen* tidigare erhållit Kungl. Maj:ts uppdrag att avgiva förslag till förbättrad utbildning av sjukvårdspersonalen vid sinnessjukhusen, vilket uppdrag numera fullgjorts. Det må i detta sammanhang tillika anmärkas, att frågan om beslutanderättens fördelning mellan *medicinalstyrelsen* och vederbörande sjukhusdirektioner omprövats så sent som i samband med *medicinalstyrelsens* omorganisation, vilken trätt i kraft fr. o. m. den 1 juli 1947.

På grund härav har nu föreliggande betänkande väsentligen begränsats till att avse organisationen av sysselsättnings- och arbetsterapien och det övriga sjukvårdsarbetet vid sinnessjukhusen samt principerna för planering och utformning av sådana sjukhus.

Avd. II.

Sysselsättnings- och arbetsterapi.

Kap. 3. Sysselsättning såsom behandlingsmetod inom sinnessjukvården.

De olika formerna av sysselsättning i sjuk- och arbetsvårdande syfte pläga rubriceras antingen som sysselsättningsterapi eller som arbetsterapi. Därvid avses med *sysselsättningsterapi* sysslor, som i främsta rummet äro intresseväckande. De böra vara lustbetonade och sålunda — åtminstone till en viss grad — ha karaktären av förströelse. De kunna utgöras av manuell eller liknande verksamhet, såsom deltagande i avdelningsarbetet, sömnad, stickning, trä- och pappslöjd, eller rent intellektuell verksamhet, såsom läsning, deltagande i studiecirkelar och korrespondenskurser. Till sysselsättningsterapien räknas vidare sällskapsspel, lekar, idrott, biografföreställningar o. d., som anordnas för de sjuka. Med *arbetsterapi* förstås däremot sysselsättning, där verksamhetens karaktär av förströelse är mindre betonad och i stället det kravet uppställles, att den skall bedrivas under yrkesmässiga former. Arbetsterapien har nämligen mer än sysselsättningsterapien till syfte att förbereda patientens inträde i förvärvslivet eller att göra det möjligt för honom att bedriva ett yrke inom anstalten.

Sysselsättningen kan dock långt ifrån alltid avgränsas såsom enbart sysselsättningsterapi eller enbart arbetsterapi. De båda formerna flyta in i varandra. Även om det kan befinnas lämpligt att — liksom vanligen sker vid sinnessjukhusen — i dagligt tal benämna all patientsysselsättning, som icke helt har karaktären av förströelse, arbetsterapi, har utredningen funnit det ändamålsenligt att i den följande framställningen skilja på de båda begreppen — sysselsättningsterapi och arbetsterapi i ovan angivna betydelser — för att klargöra syftet med de olika sysselsättningsformerna. Såsom gemensamt begrepp användes ordet patientsysselsättning.

Kommittén för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningen ha tidigare i ett gemensamt betänkande (SOU 1947:44) framlagt utredning och förslag angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. Ehuru ifrågavarande ämne däri behandlats närmast med tanke på vården av kroppsligt sjuka, har i betänkandet ganska utförligt utvecklats motiven för och ändamålet med att sysselsätta patienter inom sjukvård överhuvudtaget. Därvid har bl. a. påvisats, att sysselsättnings- och arbetsterapi — till skillnad från andra behandlingsformer — kräver en aktiv medverkan från patientens sida och att det är den psykiska och fysiska träningen genom denna självverksamhet jämte sysselsättningens distraherande och stimulerande effekt, som i *terapeutiskt syfte* utnyttjas. Verksamheten skall vara ordi-

nerad av läkare för det bestämda ändamålet att leda patienternas tankar bort från sjukdomen, stärka hans tillförsikt och främja hans tillfrisknande och återgång till normal livsföring. Vidare har understrukits betydelsen av patientsysselsättningen *ur arbetsvårdssynpunkt*. Den bidrager till bibehållandet av tidigare förvärvat yrkesskicklighet eller till att förberedande förvärva en dylik. Ur sistnämnda synpunkt är sysselsättningen kanske dock främst av betydelse genom att den vidmakthåller en rent känslomässig och positiv kontakt med arbetslivet och utgör ett medel för att — särskilt vid en allt mer utbyggd sjuk- och socialvård — förhindra utbredning av den mentalitet, som tager sig uttryck i benägenhet att i alltför stor utsträckning undvika arbete under återopande av sjukdom och konvalescens.

I fråga om dylika mera allmänna medicinska och sociala synpunkter på sysselsättnings- och arbetsterapien hänvisas i övrigt till ovannämnda betänkande.

Ehuru sysselsättnings- och arbetsterapiens motivering, ändamål och medel i stort sett äro desamma inom sinnessjukvård och kroppssjukvård, måste helt naturligt utformningen och tillämpningen av densamma i många avseenden gestalta sig olika inom de båda vårdformerna. Inom vården av sinnessjuka och sinnesslöa har patientsysselsättningen också genom en självständig och särpräglad utveckling på såväl teoretiska som erfarenhetsmässiga grundvalar kommit att bli ett värdefullt och i stor omfattning tillämpligt psykoterapeutiskt hjälpmedel. Såsom behandlingsmetod i egentlig mening är patientsysselsättningen däremot inom kroppssjukvården, fränsett sådana grenar som tuberkulos- och vanförevård, en relativt ny företeelse, och inom denna vård torde den av allt att döma icke heller kunna komma att intaga samma framträdande plats som inom sinnessjukvården.

Fastän intagna på vårdanstalter för sinnessjuka och sinnesslöa sedan långt tillbaka i tiden sysselsatts med arbete, började först på 1920-talet sysselsättningen mer målmedvetet och systematiskt utnyttjas såsom behandlingsmetod mot psykiska sjukdomar. Föregångsmannen var en tysk sinnessjukläkare, Simon, som utgick från att man vid bekämpande av sjukdom av detta slag borde ej endast direkt utan också indirekt angripa den genom att bevara och stärka de normala krafterna och funktionerna hos patienten. Som ett naturligt medel härför förordades arbete. Detta skulle såväl stimulera patientens tankeverksamhet och vara till förmån för hans kroppsliga välbefinnande som ock uppbygga eller stärka omdöme, ansvar för handlingar m. m. Därför borde med arbetet förenas vissa rättigheter och skyldigheter. Simon ansåg också, att överksamhet vore en väsentlig orsak till patienternas särregna beteende och oarter, och hävdade, att alla sinnessjuka utan kroppsliga svagheter, som upphävde arbetsförmågan, borde hållas regelbundet sysselsatta. Vid valet av sysselsättningsform skulle enbart arbetets lämplighet för vederbörande patient vara avgörande. Värdet av arbetet ansåg han vara en helt sekundär fråga.

Arbete skulle dock utgöra endast en del av sysselsättningen. Under tider,

då sådant icke påginge, borde patienterna genom sjukvårdspersonalens medverkan sysselsättas med läsning, spel, lekar m. m. De skulle aldrig lämnas tillfällan till oro, ofog eller hänsjunkande i apati och andligt utslocknande. Sänglägesbehandling finge i princip icke förekomma. Simon ville också genom att hålla så många patienter som möjligt sysselsatta åstadkomma en psykologisk miljöverkan, som i och för sig skulle stimulera patienternas verksamhetslust. För att förmå patienterna till arbete eller sysselsättning av annan art finge ej egentligt tvång eller bestraffning komma till användning men väl belöningar i olika former, vilka förmåner borde indragas, om de icke längre förtjänades.

Enligt dessa principer uppfördes i Gütersloh i Westfalen ett sjukhus, för vilket Simon sattes som chef. Detta var försett med relativt stor åker- och trädgårdsareal. Vidare hade man i viss utsträckning underlåtit att installera maskinella hjälpmedel i ekonomiavdelningarna för att ha god tillgång till manuellt arbete.

Simon uppnådde, att 98 à 99 % av de vid sjukhuset vårdade fördes i arbete av något slag. Detta resultat stimulerade till efterföljd, och även inom sinnessjukvården i vårt land började sysselsättnings- och arbetsterapi att metodiskt tillämpas. Det må erinras om, att en av chefen för socialdepartementet utsedd delegation år 1928 företog en resa i ett flertal europeiska länder för studier huvudsakligen av utländsk erfarenhet av ifrågavarande behandlingsmetod inom sinnessjukvård. Denna delegation har avgivit en berättelse om resan (SOU 1929: 7), under vilken även Güterslohsjukhuset besöktes och verksamheten där ingående studerades.

Vid de svenska sinnessjukhusen har sysselsättnings- och arbetsterapien icke drivits lika långt som vid sistnämnda sjukhus. Gentemot en så omfattande tillämpning har — dock ej enbart av svenska psykiatriker — invänts bl. a., att den vore mindre lämplig och verksam för vissa sjukdomsformer. Det befarades också, att en inriktning av sinnessjukvården enligt Simons betraktelsesätt kunde ha menlig inverkan på utforskandet av sinnessjukdomarnas egentliga orsaker och medlen för deras direkta bekämpande. Värdet av den uppmärksamhet, som genom Simons insats ägnats sysselsättningen såsom behandlingsmetod, och betydelsen därav för sinnessjukvårdens kvalitativa utveckling har dock icke kunnat bestridas.

Även om man inom den moderna psykiatrien icke tillerkänner sysselsättnings- och arbetsterapien samma dominerande roll som Simon, anses den dock ha en betydelsefull uppgift att fylla jämväl inom våra dagars sinnessjukvård. Därom har senast överläkaren vid Lillhagens sjukhus, Göteborg, Hakon Sjögren, uttalat sig i en artikel i Social-Medicinsk Tidskrift (häfte 2 år 1946). Vad där anförts överensstämmer i huvudsak med sjukhusutredningens uppfattning, och för att något närmare belysa hithörande frågor tillåter sig utredningen citera vissa avsnitt av artikeln av följande lydelse.

Det synes självklart, att skall denna terapi ha ett förnuftigt ändamål och sålunda vara något annat än bara ett påfund, så måste den resultera i någonting

positivt och påtagligt för den sjuke. Och detta inte bara när det gäller den medicinska effektiviteten utan också beträffande de utförda arbetenas kvalitet.

Mellan dessa två element finns det en naturlig avvägning: förmågan att kunna åstadkomma ett välgjort arbete — en god arbetsprestation — står nära samman med vinningen ur medicinsk-psykologisk synpunkt. Annars vore ju hela idén förfuskad: vem vill tro, att det kan ligga någon glädje eller stimulans i att producera ett arbete, som inte har också ett visst materiellt värde. Sysselsättningens mål, ett av dem, skall vara att föra de sjuka i kontakt så nära som möjligt med den värld av reella värden som omger de friska. Därför skall en väl ledd sådan terapi för sjuka helt enkelt kunna prestera goda ting, ge ett gott, gärna fullödigt värde också i konkurrens med de friska. Men det är inte konkurrensvärdet som materiell faktor som skall värdesättas och utnyttjas — utan den psykologisk-individuella mervärdesfaktor som ligger däruti, att den som arbetat med sin uppgift känner sig så långt möjligt i paritet med de friska. Det är detta som alstrar befrielse, känsla av ett närmande åter till de friskas lyckliga skaror. Den som kunnat genom längre tid följa hur detta inslag varit en viktig och ofta bärande faktor i de sjukas strävanden mot hälsa, kan inte nog högt värdera en läkemethod, som har dessa mål. När det gäller sjuka överhuvudtaget finns det sannerligen från de friskas sida så många synpunkter framförda eller liggande latent i folks medvetande, som mer eller mindre vilja bestrida de sjukas rätten till jämbördighet. Och för de psykiskt sjukas stora kategori (de representera dock en av de stora folksjukdomarna, disponerande över omkring 40 % av vårt lands alla sjuksängar vid sjukhusen) gäller detta i särskilt hög grad. Mot dem reses tyvärr alltför ofta en fastlåst, trångsynt uppfattning om att de stå på skuggsidan, äro skuggvarelser om vilkas individuella öde man liksom inte behöver så mycket bekymra sig.

Jag kan i det sammanhanget dra mig till minnes hur ofta det hänt, att friska människor, som haft levande intresse för modern psykiatrisk sjukvård och som vi velat introducera i också vår sysselsättningsterapis utformning vid Lillhagens sjukhus, lämnat oss med en helt ny syn på begreppet psykisk sjukdom. De ha just genom att få ta del av resultaten av denna terapi och genom att se den som ett välgörande inslag i sjukhustillvaron fått vakna ögon för inte bara våra patienters kapacitet på olika skapande områden — något som den utanförstående ofta förut alls ej velat tilltro dem — utan också för den ur rent humanitära betraktelse-sätt gynnsamma verkan, som skapas av en tillvaro i denna terapiatmosfär.

Att sysselsättningsterapien på ett markant och fördelaktigt sätt kan ingripa i nervösa och psykiska sjukdomsyftningars intensitet är en gammal erfarenhet, vare sig nu dessa äro primärt bundna till en psykisk sjukdom eller sekundärsymptom till en kroppslig. Den kan i vissa fall verka som ett dämpande-lugnande medel, i andra som ett inciterande-stimulerande. Men det räcker ej med enbart fakticitets-upplysningar i den riktningen. För att man skall kunna utvinna biologiskt värdefulla resultat, måste terapiformen ses med den rätta blicken och liksom all annan terapi få sina vetenskapliga fundament. Den får ej stanna vid att vara ett stelfixerat schema i den dagliga sjukhusrutinen. Den måste göras levande och plastisk, får ej stanna i stereotypi eller doktrinarism. Schematiseringen, uniformeringen äro hotande faror, som måste målmedvetet undvikas, både beträffande den utformning, i vilken terapien kommer till användning inom sjukhuset, och när det gäller det sätt på vilket den administreras till den enskilda sjuka. Kollektiviserings-tendenser härvidlag måste bekämpas, den individuella anpassningen eftersträvas med alla medel. Denna terapi, den som alla annan — ty det är ju fråga om en medicinsk åtgärd efter fast fixerad erfarenhet, ej efter vaga hugskott — skall nödvändigtvis ligga i läkarnas hand och för de sjuka ordinerar individuellt

både beträffande sin art och sin dosering. Den skall principiellt följa samma indikationer och restriktioner, som gälla för andra typer av läkemedel.

Arbetet-sysselsättningen är en normal-psykologisk mänsklig tillvarelseform och bör därför få en lämplig så att säga sjukhusteknisk utformning. Hittills föreliggande erfarenheter härom huvudsakligast från de psykiatriska sjukhusen. Vad man kan beteckna som »sänglägesepoken» inom psykisk sjukvård — det var under långa tider en allmänt företrädd uppfattning, att nervösa och psykiska sjukdomar lämpligast bekämpades med detta passiva medel och med denna för vårt nuvarande sätt att se negativa inställning — har genom sysselsättningsterapien fått en knäck, en nyttig och välgörande sådan. Även »no-restraint»-synpunkterna så som de framförts i extremare form och därvid syftande till en alltför oinskränkt självbestämmanderätt hos de sjuka, har fått vidkännas en omformning, i och med att »den aktivare terapien» (som Simon kallat sin metod) slagit igenom. Man kan nog ej gärna bestrida, att den omskapat atmosfären vid de psykiatriska sjukhusen, givit dem en ny prägel: bort från asylbegreppet, fram till den aktivt sjukvårdande institutionen.

Här må också vara platsen att inskräpa ännu en sak, viktig och grundläggande. — — — I sysselsättningsterapien ha vi på intet sätt att tillgå ett universalmedel. Tvärtom: dess betydelse synes mig till stora delar ligga däruti, att den institueras som en terapi vid sidan av annan och sålunda inte tillåtes inta en allt annat överskyggande ställning — detta är ett av dess riskmoment för övrigt. Vi få inte tanklöst betrakta begreppet terapieresultat (framför allt då det gäller avvägandet av en viss metods företräden eller nackdelar i förhållanden till en annan) som en följd av en enda tillämpad princip utan som vad det biologiskt sett är: sammanfattningen av ett flertal. Man har att bedöma terapieffekter hos en sjuk som ett mångsidigt, ofta komplicerat, kraftspel mellan olika faktorer.

I anslutning till det anförda vill utredningen framhålla, att åtskilliga andra erfarna sinnessjukläkare också tillmäta en lämpligt utformad sysselsättnings- och arbetsterapi mycket stort värde för modern sinnessjukvård och se i den samma ett betydelsefullt komplement till de moderna, mera rent medicinskt betonade behandlingsmetoderna (chockterapi m. m.). Sålunda skulle t. ex. numera ofta patienter, å vilka tidigare icke någon terapi haft effekt, genom sistnämnda metoder kunna göras tillgängliga för psykoterapeutiska åtgärder och genom metodisk sysselsättning bringas till ytterligare förbättring eller fullständigt tillfrisknande. Lämplig sysselsättning och annan psykoterapi skulle vidare i många fall erfordras för att säkerställa de resultat, som uppnåtts genom exempelvis chockterapi.

Sysselsättnings- och arbetsterapiens betydelse för sinnessjukvårdens allmänna standard må ock understrykas. Om denna terapi vid något sjukhus eftersattes, har nämligen detta lätt till följd, att en allt större del av klientelet hemfaller åt en förslöad asocial tillvaro, och vården får asylkaraktär.

I jämförelse med Simons normer för patientsysselsättningen kräver nutida sinnessjukvård, att sysselsättnings- och arbetsterapien avsevärt mera nyanseras och individualiseras på grundval av medicinska indikationer. Utvecklingen har också visat angelägenheten av att i stor utsträckning utnyttja psykologiska faktorer (estetiska synpunkter, egoistiska och altruistiska motiv m. m.) vid val av arbetsformer etc. för att stimulera patienternas intresse för sysselsättningen. Bl. a. till följd härav är det av vikt att icke — såsom

Simon — tillmäta arbetets kvalitet och värde endast sekundär betydelse. Vidare framstår det numera klart, att sysselsättnings- och arbetsterapien icke får antaga karaktären av en utöver sina möjligheter gynnad behandlingsform eller eljest givas sådan dominans, att andra terapimedel eftersättas, ehuru en väl utvecklad patientsysselsättning får anses vara en av förutsättningarna för en i bästa mening modern sinnessjukvård.

Även om sysselsättningen i allmänhet icke kan anses i och för sig vara botande, kan den i åtskilliga fall minska eller häva defekten eller sjukdomens skadeverkningar. Sålunda bliva ofta även kroniskt sinnessjuka samt psykopater och sinnesslöa därigenom mer lättskötta och mottagliga för skolning i yrken, som de därefter kunna utöva utom eller inom anstalterna. Patientsysselsättningen inom sinnessjukvården har på grund härav i viss utsträckning karaktären av yrkesutbildning och gentemot konkurrens på öppna arbetsmarknaden skyddat arbete, till vilket förhållande viss hänsyn måste tagas vid planering och organisation på området.

Jämlikt det anförda är det enligt utredningens mening lika betydelsefullt för sinnessjukvårdens effektivitet, att sysselsättnings- och arbetsterapi i möjligaste mån utnyttjas som att andra möjligheter att bekämpa sinnessjukdomarna och underlätta patienternas återgång till normalt arbetsliv utanför anstalterna noggrant tillvaratagas. Ifrågavarande terapi får, i betraktande av de ofta knappa resurserna, anses stå relativt högt vid de svenska sinnessjukhusen. Det synes dock angeläget, att den på många håll vinner vidgad och mer ändamålsenlig tillämpning. Åtgärder böra därför vidtagas för att öka intresset och möjligheterna för en sådan utveckling.

Kap. 4. Patientsysselsättningens omfattning och olika former.

Nuvarande förhållanden. Vid sinnessjukhusen sysselsättas, åtminstone i viss utsträckning, omkring 50 % av patienterna. Vid några sjukhus uppgår denna siffra dock till 70 % eller ännu högre tal. De stora skillnaderna sjukhusen emellan beträffande antalet sysselsatta patienter i förhållande till beläggningen synas delvis bero på större eller mindre intresse för sysselsättningen hos sjukhusledning och läkare samt olika lämplighet och kunnighet hos personal, som handleder patienterna. Orsakerna till det på många håll bristande intresset för sysselsättningen torde vara flera. Den stigande tilltron till och tillämpningen av modernare behandlingsmetoder är en av dem. Därjämte äro ofta möjligheterna att på lämpligt sätt sysselsätta patienterna bristfälliga. Såväl personal som lokaler och andra materiella resurser äro i stor utsträckning otillräckliga. Den under de senaste åren till följd av förbättrad behandling, utbyggnad av vården för lättskötta sinnessjuka m. m. något stegrade patientomsättningen har också ökat svårigheterna att sysselsätta patienterna vid sinnessjukhusen i samma omfattning som tidigare.

Tabell 4. Antalet sysselsatta och icke sysselsatta patienter i procent av medelbeläggningen å olika slag av vårdavdelningar.

Vårdavdelningstyper	Beläggningens fördelning på olika avdelningar	Patienter, sysselsatta			Icke sysselsatta patienter	Sängliggande patienter
		utom vårdavdelningen	inom vårdavdelningar			
			med avdelningens skötsel	med annat arbete		
	%	%	%	%	%	%
Oroliga avdelningar	26	3	11	27	59	29
Halvoroliga »	44	13	11	26	50	21
Lugna »	26	31	13	27	29	16
Öppendörr- »	4	67	15	11	7	—

Betydande skiljaktigheter förefinnas även i fråga om patientsysselsättningens fördelning på arbeten inom och utom vårdavdelningarna samt på arbeten av olika slag. Detta torde bero på sådana omständigheter som mer eller mindre goda verkstadsutrymmen, omfattningen av trädgård, jordbruk m. m.

På grundval av uppgifter från sjukhusen har i tabell 4 angivits i vilken omfattning patienter på vårdavdelningar av olika typ i genomsnitt äro sysselsatta och i vad mån sysselsättningen är förlagd inom resp. utom vårdavdelningarna. Emedan medeltalet sängliggande patienter torde vara av viss betydelse i förevarande avseende, har detta också redovisats i tabellen.

De arbeten, med vilka patienterna sysselsättas, äro *antingen* direkt hänförliga till sjukhusens drift (t. ex. städning, tvätt, köks- och bageriarbeten, reparationer av patient- och personalkläder, trädgårdsarbeten, byggnadsarbeten, gårdsrenhållning) *eller* anordnade huvudsakligen i syfte att bereda patienter sysselsättning (t. ex. vävning, knyppling, bokbinderiarbete, träslöjd, korgmakeri, borstbinderi och jordbruksarbete, ävensom sysselsättning av enklaste slag såsom repning av drev).

Genom arbeten av det förra slaget ersätta patienterna i viss utsträckning arbetskraft, som eljest hade måst anskaffas. Genom arbeten av det senare slaget framställas produkter av olika slag, vilka antingen användas av vederbörande sjukhus eller försäljas, huvudsakligen till befattningshavare och andra sjukhus.

Enligt de närmare redogörelser för patientsysselsättningen, som lämnas i årsberättelserna från vissa sjukhus, och undersökningar av utredningens arbetsstudiedelegation skulle fördelningen av patienterna på andra sysselsättningsformer än arbete med vårdavdelningarnas skötsel och drift i allmänhet vara ungefär såsom tabell 5 utvisar.

Då uppgifterna i denna tabell avse förhållandena åren 1944—1945, må anmärkas, att vävning, korgmakeri och borstbinderi hade större omfattning under tiden före år 1940. Under krigsåren uppkommen materialbrist har begränsat möjligheterna till arbeten av dessa slag. De omfattande inkallelserna av manlig personal till militärtjänstgöring under beredskapstiden reducerade ävenledes

Tabell 5. Ungefärlig fördelning av patienter på andra sysselsättningsformer än arbete med vårdavdelningarnas skötsel och drift.

Manliga patienter.

	% av den manliga medel- beläggningen		% av den manliga medel- beläggningen
Drev- och trasselreppning, klippning		Skomakeri	1
av mattor o. d.	8	Skrädderi	1
Strumpstoppning m. m.	3	Enklare arbete i centralkök och	
Enklare sömnad	2	tvätteri	1
Vävning av band	2	Handräckning åt chaufför, målare,	
Annan vävning	2	smed, inom maskinavdelning,	
Träslöjd, korgmakeri, borst- och		centralförråd, renhållning m. m.	7
bokbinderi	1	Trädgårdsarbete	3
Snickeri	0,5	Jordbruksarbete	2
Tapetserararbeten (inkl. madrass-		Annat yttre arbete, såsom park-	
stoppning o. d.)	0,5	skötsel, gårdsrenhållning o. dyl.	4

Kvinnliga patienter.

	% av den kvinnliga medel- beläggningen		% av den kvinnliga medel- beläggningen
Drev- och trasselreppning, klippning		Sömnad	9
av mattor, garnspolning o. d.	8	Enklare arbete i centralkök och	
Strumpstoppning, stickning, virk-		tvätteri	2
ning m. m.	15	Diverse handräckning inom perso-	
Vävning av band	1	nalservering, städning m. m. ..	1
Annan vävning	5	Trädgårdsarbete	0,5

märkbart möjligheterna att sysselsätta manliga patienter. Uppgifterna avse vidare förhållandena i allmänhet och äro icke representativa för sjukhus eller överläkaravdelningar, där sysselsättningsprocenten ligger avsevärt över den genomsnittliga.

Såsom framgår av tabell 4 sysselsättas de flesta patienterna inom vårdavdelningarna och relativt många deltaga i arbetet med dessa avdelningars skötsel och drift, huvudsakligen diskning och städning. Ett ännu större antal är där dock sysselsatt med arbete av annan art, såsom drev- och trasselreppning, vävning av band (i handvävstol eller i vävram), stickning och stoppning av strumpor o. d. Mera kvalificerade arbeten anordnas endast i mycket begränsad omfattning inom vårdavdelningarna, bl. a. emedan lämpliga lokaler härför saknas. Sålunda anses t. ex. vävning i större vävstol och maskinsömnad vanligtvis alltför störande, då endast de ofta knappa dagrumsutrymmena stå till buds.

Den till särskilda verkstäder eller arbetssalar förlagda sysselsättnings- och arbetsterapien är mest utvecklad för de kvinnliga patienterna, beroende på de stora variationsmöjligheter, som textilarbeten erbjuda. Inom sy- och vävsalar sysselsättas nämligen sådana patienter med sömnad och textilslöjd

av allehanda slag. Verkstadsarbeten av annan art äro däremot i allmänhet ej anordnade för kvinnorna. Såsom av tabell 5 framgår sysselsättas även en del manliga patienter med sömnad, vävning och andra textilarbeten.

Den närmaste orsaken till att sysselsättningen av manliga patienter i hantverk o. d. är föga omfattande torde vara, att de flesta verkstäderna äro så gott som helt inriktade på att tillgodose sjukhusen med för driften erforderliga produkter m. m. Verksamheten därstädes är sålunda ej i främsta rummet tillrättalagd för sysselsättnings- och arbetsterapi. Sådana arbeten som bokbinderi, korgmakeri, borstbinderi och träslöjd bedrivs dock huvudsakligen för patientsysselsättningens skull, men ofta sakna sjukhusen tillräckliga eller lämpliga lokalutrymmen eller andra förutsättningar för utveckling av dessa sysselsättningsformer.

I sjukhusens centralkök anlitas manliga patienter huvudsakligen för sådana arbeten som transporter samt sköljning och skalning av potatis med maskin. Kvinnliga patienter utföra där rensning av fisk och grönsaker, diskning, städning o. d. I tvätterierna anlitas patienter för så gott som alla förekommande arbetsmoment, sålunda även för göromål vid maskinerna därstädes. Huvudsakligen utföra de dock manuella arbeten. Nämnas må att kvinnliga patienter i viss utsträckning också sysselsättas inom befintliga bagerier. Det är här emellertid fråga om endast ett obetydligt antal. I vart och ett av de två bagerier, som varit föremål för undersökningar av utredningens arbetsstudiedelegation, arbetade endast två patienter.

De handräckningsgöromål åt olika befattningshavare, för vilka patienter anlitas, äro av mycket skiftande art och utgöra i åtskilliga fall ganska självständigt arbete.

Patienter pläga trivas väl med sysselsättning inom sjukhusens ekonomisavdelningar och med olika handräckningsarbeten. De känna sig tillfreds med den därmed förenade större rörelsefriheten men äro vanligen också intresserade av själva arbetet. Antalet lugna och pålitliga patienter, som kunna betros med arbeten av ifrågavarande slag, har emellertid till följd av utbyggnaden av vårdhemmen för lättskötta sinnessjuka och familjevården m. m. under de senaste åren blivit allt mindre vid de egentliga sinnessjukhusen.

Såsom av tabell 5 framgår är det till största delen manliga patienter, som sysselsättas med utomhusarbeten. Sådana arbeten äro värdefulla ur terapisympunkt. Därjämte uppskattas de av många patienter och, särskilt under den varmare årstiden, föredragas de ofta framför sysselsättning inomhus.

Tidigare har jordbruksarbete intagit en betydande plats bland de olika formerna av utomhusarbeten, och vid ett flertal sjukhus drivs alltjämt för detta ändamål tillkomna, relativt omfattande jordbruk. Förhållandena äro emellertid numera annorlunda. Å ena sidan har tillämpningen av de moderna medicinska behandlingsmetoderna och de därav följande möjligheterna att förkorta sjukhusvistelsen för akut sjuka medfört, att jordbruksarbete i stor utsträckning förlorat sin betydelse som sysselsättning för patienter, tillhörande denna kategori. Å andra sidan kräver nutida jordbruk, med dess långt drivna mekanisering, mänsklig arbetskraft i relativt begränsad omfattning.

Beträffande patienternas sysselsättning med arbeten av olika slag utanför vårdavdelningarna och därmed sammanhängande förhållanden hänvisas därjämte till en såsom *bilaga 2* till betänkandet fogad promemoria, vilken upprättats i anslutning till de arbetsstudier och andra undersökningar, som utredningens arbetsstudiedelegation utfört inom vissa arbetssalar och verkstäder vid sinnessjukhus.

För patienternas förströelse under tider, då de icke sysselsättas med arbete, tillhandahållas vårdavdelningarna tidningar och tidskrifter. Fler-talet sådana avdelningar äro vidare utrustade med radiomottagare eller till centralradio anslutna högtalare, och i någon mån äro de försedda med sällskapsspel o. d.. Vid varje sjukhus står också ett bibliotek till patienternas förfogande. Konserter, biografföreställningar, dans med kaffeservering och utflykter anordnas därjämte i viss utsträckning. Vid en del sjukhus beredas patienterna även tillfällen till gymnastik och idrott.

De anslagsmedel och andra resurser, som stå sjukhusen till buds för att erbjuda patienterna förströelse på nu angivna sätt, äro emellertid synnerligen begränsade.

Sjukhusutredningens synpunkter. Ett mera rationellt utnyttjande av sysselsättnings- och arbetsterapien bör i första hand taga sikte på att åstadkomma *sysselsättning av en större del av vårdklientelet* än för närvarande. Därför är det mest angeläget att eftersträva en ändamålsenlig utveckling av *sysselsättningsterapien*. Möjligheterna att sysselsätta flera patienter, icke minst ett större antal sängliggande, skulle nämligen därigenom ökas.

Erfarenheterna vid sjukhus och överläkaravdelningar, där man målmedvetet och systematiskt intensifierat tillämpningen av enklare, intresseväckande sysselsättningsformer ha också visat, att patientsysselsättningen genom en sådan utveckling kan bringas till betydligt större omfattning än den genom-snittliga. Det må även nämnas, att vid de amerikanska sinnessjukhus, som i kvalitativt avseende anses vara särskilt högstående, bedrives en med stor fantasi utvecklad sysselsättningsterapi.

För att sådan terapi skall kunna komma till ökad användning och på bästa sätt fylla sin uppgift, bör den helt naturligt beredas möjligheter att fritt utvecklas. Sysselsättningsformerna m. m. skola sålunda icke vara beroende av sjukhusens behov av arbeten och produkter eller av beställningar från be-fattningshavare eller eljest. Ett betydligt rikare urval av enkla, intresse-väckande sysslor för patienterna bör införas, samt terapeutiska och psyko-logiska synpunkter i främsta rummet vara avgörande för valet av syssel-sättningsformer. För manliga patienter bör ökat utrymme beredas så-dana sysslor som träslöjd, enkelt snickeri och måleri, metallslöjd, korg-makeri, bokbinderi, vissa läderarbeten, snörmakeri, bast-, halm-, papp- och pappersslöjd, keramikarbete, modellering och teckning ävensom vävning, söm-nad och andra textilarbeten. Kvinnliga patienter böra förutom alla förekom-mande slag av textilarbeten — skrädderi inberäknat — också kunna erbjudas,

flertalet nyssnämnda sysselsättningsformer. Produktionen bör omfatta såväl nyttosaker som prydnadssaker och leksaker. För framställningen av konsthantverksprodukter och slöjdalster bör nutida konsthantverk och hemslojd tagas till förebild.

Det är givetvis önskvärt, att man så långt möjligt är inom ramen för sysselsättningsterapien söker inrymma arbeten för sjukhusens räkning, bl. a. sådana arbeten inom vårdavdelningarna som städning och diskning.

Doktor Hakon Sjögren, som inom sin överläkaravdelning vid Lillhagens sjukhus organiserat och med stor framgång tillämpar en väl utvecklad sysselsättningsterapi, har i olika sammanhang riktat uppmärksamheten på en del enligt utredningens mening betydelsefulla moment beträffande det praktiska utövandet av sådan terapi inom nutida sinnessjukvård. Utredningen kan för sin del helt instämma i hans följande synpunkter.

Med hänsyn till det hos nervöst och psykiskt sjuka ofta förekommande behovet av ett altruistiskt mål för handlandet är det lämpligt med arbeten åt andra sjuka och att sålunda i terapien inlägga en strävan mot samverkan och intressegemenskap mellan patienter inom olika sjukdomsgrupper (leksakstillverkning åt barnsjukhus, blindskrift åt blindas etc.).

Det är angeläget, att vad patienterna förfärdiga i relativt stor utsträckning kommer dem själva till godo eller finns på platser, där de kunna se sina verk, glädjas över dem och känna en stimulerande stolthet både för sin egen del och inför sina medpatienter. Man bör med hänsyn härtill också bl. a. hålla strikt på den principen, att så snart en patient slutfört sin uppgift, så skall det utförda arbetet — vare sig det är fråga om en röllakansbonad, ett vackert klänningstyg, en serie krakelerade lersaker, prydnadssaker i ben, halm eller bast — bliva tillgängligt för allmänt beskådande vid sjukhuset genom att dekorativt upphängas eller på annat sätt utställas. På så sätt väckes diskussionen till liv arbetslagen och arbetskamraterna emellan, och man skapar ett samhörighetsbegrepp, som är en väsentlig stödjefaktor icke bara av känslomässig art.

Det är vidare önskvärt, att patienterna i någon mån beredas möjlighet att för egen del fritt få disponera över de ting de framställa, så att exempelvis en patient kan få till sina föräldrar eller syskon sända något vackert prov på vad han åstadkommit.

Inslaget av estetiska värden i arbetsuppgifterna bör icke försummas, och terapiens syftemål befrämjas, om de också utnyttjas för att skapa trivsel på sjukhuset. Avdelningarna kunna med fördel därigenom givas färgglada gardiner i olika mönstringar och de kvinnliga patienterna klänningar av tyger i en rik och vacker sortering, varigenom den nedstämmande anstaltsuniformeringen undviks.

Sysselsättningsterapien bör också givas svensk gestaltning och icke taga sina förebilder alltför mycket från andra länder, och i den mån så är möjligt bör den helst också få en särprägel av det eller de landskap, varifrån sjukhusets patienter komma.

Möjligheter till enklare intresseväckande utomhusarbeten böra också stå till buds för att sysselsättningsterapien vid ett sinnessjukhus skall kunna anses vara i alla avseenden väl utvecklad. Till dessa spörsmål återkommer utredningen i det följande.

Såsom av redogörelsen för nuvarande förhållanden beträffande patient-sysselsättningen torde framgå, är vid sinnessjukhusen *arbetsterapien* i allmän-

het mer utvecklad än sysselsättningsterapien. Det föreligger ej heller samma behov och möjligheter att öka dess omfattning som i fråga om sistnämnda terapiform. I stort sett torde den ej heller böra givas annan utformning än den redan har. Med hänsyn till att arbetsterapien, samtidigt som den utnyttjas såsom psykoterapeutiskt hjälpmedel, skall innebära kvalificerad yrkesutbildning eller verkliga arbetsuppgifter, vilka i möjligaste mån utföras på samma sätt som på den öppna arbetsmarknaden, är det nämligen ändamålsenligt att i huvudsak knyta den till arbetstillfällen, som äro betingade av sjukhusdriften. Behovet av möjligheter till helt självständig utveckling är här icke lika framträdande som när det gäller sysselsättningsterapien.

Svårighetsgraden av de olika patienternas arbetsuppgifter bör allt efter vederbörandes förmåga successivt ökas och kravet på yrkesmässigt utförande samtidigt skärpas. Sysselsättningsterapien kan därför i viss mån betraktas såsom en förberedelse för övergång till arbetsterapi. Genom intensifiering av förstnämnda terapiform bör man sålunda kunna räkna med viss utveckling även av arbetsterapien.

För arbetsterapien är det enligt det anförda lämpligt att utnyttja förekommande arbetstillfällen inom de verkstäder för yrkesmässigt hantverk (snickerier, måleriverkstäder, skomakerier, skrädderier, tapetserarverkstäder etc.) och ekonomiavdelningar, som äro nödvändiga för sjukhusets drift, ävensom handräckningsgöromål åt olika befattningshavare m. m.

Emedan det för patientsysselsättningens skull är önskvärt, att relativt många yrken finnas representerade vid varje sjukhus, böra erforderliga underhållsarbeten (reparationer av kläder, skodon, möbler m. m.) — åtminstone vad angår de större och medelstora sjukhusen — icke centraliseras utan likasom nu utföras inom vissa verkstäder vid de olika sjukhusen. Det kan emellertid ej anses motiverat, att dessa verkstäder vid de egentliga sinner sjukhusen givas större kapacitet än som är nödvändigt för dessa arbeten. Nyttillverkning bör i princip få förekomma endast i den mån den har till syfte och erfordras för att bibringa därstädes sysselsatta patienter yrkesutbildning, enär sådan tillverkning inom verkstäder av den storleksordning, varom här är fråga, i regel är ekonomiskt oförmånlig. Arbetsterapien vid nämnda sjukhus torde icke heller — allra minst vid ytterligare stegring av patientomsättningen genom intensifierad vård m. m. — kunna bringas upp till så mycket större omfattning än för närvarande, att skäl föreligga att planera och organisera ifrågavarande verkstäder för arbetsuppgifter av annan art än ovan angivits eller för sysselsättning av nämnvärt flera patienter än nu.

Planeringen och organisationen av yrkesmässigt hantverk och liknande arbete vid vissa av de sinner sjukhus, som disponeras för sinnesslövard (Salberga och Västra Marks sjukhus) bör bedömas något annorlunda. Det har nämligen visat sig lämpligt att därstädes i ganska stor omfattning sysselsätta patienterna med nyttillverkning av olika slag för andra sjukhus.

Enligt vad ovan anförts är det ändamålsenligt att även utnyttja förefintliga arbetstillfällen i sjukhusens ekonomiavdelningar för arbetsterapiens räkning.

För den skull bör dock rationalisering av dessa avdelningars drift ej underlåtas. Å ena sida är nämligen tillgången på patientarbetskraft, som kan utnyttjas där, numera ganska knapp och ofta mycket ojämn. Å andra sidan skulle det strida mot arbetsterapiens syftemål att låta patienterna arbeta under omoderna förhållanden. Det har vidare visat sig, att rationella arbetsmetoder inom ifrågavarande avdelningar ej utgöra hinder för sysselsättning av patienter därstädes.

I anslutning till vad ovan nämnts angående omfattningen av patientsysselsättningen inom sjukhusens bagerier får utredningen understryka, att dessa ekonomiavdelningar få anses så gott som helt sakna betydelse för arbetsterapien. Frågan om deras berättigande bör sålunda bedömas ur andra synpunkter.

Utredningen övergår nu till att diskutera *patientsysselsättningen utomhus*. Även denna synes, särskilt under den varmare årstiden, i allmänhet kunna bringas till större omfattning än f. n., och en sådan utveckling vore ur vårdsynpunkt önskvärd. Därför är det av vikt, att vid sjukhusen finnas verksamhetsgrenar, inom vilka patienterna kunna beredas lämplig sådan sysselsättning.

Såsom redan nämnts har jordbruksarbete, framför allt vid de egentliga sinnessjukhusen, nu icke samma betydelse för patienternas sysselsättning som tidigare. Emedan jordbruksdriften i hög grad mekaniserats, kräver den relativt ringa arbetskraft. Härtill kommer den ojämn fördelningen på året av det därmed förenade arbetet samt att patienter numera — enär den jordbrukande delen av befolkningen blivit allt mindre — i mera begränsad utsträckning än tidigare besitta vana vid sådant arbete. I allmänhet är det också allt för tungt för akut sinnessjuka.

Parkskötsel och i än högre grad vanligt trädgårdsarbete är enligt erfarenhet betydligt lämpligare. Då dessa arbeten icke kunna mekaniseras i samma utsträckning som jordbruksarbete, erbjuda de betydligt flera arbetstillfällen. De äro ej heller så fysiskt påfrestande och bl. a. på grund härav, i motsats till jordbruksarbete, även lämpliga för kvinnliga patienter.

En ändamålsenlig utveckling av sysselsättnings- och arbetsterapien kräver därför vidgade möjligheter att bereda patienter arbete i trädgårdsdrift. Därtill kommer att en ökad produktion av grönsaker och andra trädgårdsalster för kosthållet vid sinnessjukhusen vore synnerligen önskvärd. F. n. lider patientkosten enligt en av institutet för folkhälsan verkställd undersökning brist på sådana ingredienser. De producerade kvantiteterna äro vanligtvis icke tillräckliga för patientkosthållet och förbehållas för den skull i stället personalen. Även produktionen av blommor och prydnadsväxter är i huvudsak inriktad på försäljning åt personal, vilket har till följd att vårdavdelningarnas behov i detta avseende ofta tillgodoses först i andra hand. Tilläggas må, att upphandling av trädgårdsprodukter i erforderlig mängd skulle draga synnerligen stora kostnader.

Det nu anförda talar enligt utredningens mening bestämt för utvidgning

av trädgårdsdriften vid de flesta sinnessjukhusen. Av särskilt stort värde vore en kraftig utvidgning av deras växthusanläggningar.

Det förefaller naturligt, att jordbruksdriften samtidigt nedbringas genom att jordbruksareal, som icke lämpligen kan tagas i anspråk för trädgårdsdrift, utarrenderas eller försäljes, i den mån så kan ske utan att patienternas frångångsområden väsentligt beskäras. Förvaltning av sådan mark jämte ladugårdsdrift m. m. får nämligen numera anses vara oproportionellt betungande i förhållande till dess betydelse ur terapeutisk synpunkt. De produkter, som framställas genom jordbruksdriften och komma till direkt användning vid sjukhusen, kunna dessutom med fördel upphandlas. Det må nämnas, att man i Danmark kommit till samma slutsats, avvecklat jordbruken och därmed förenad djurhållning vid sinnessjukhusen samt i stället utvidgat trädgårdsdriften.

Frågan om jordbruksdriftens berättigande får emellertid bedömas något annorlunda vad angår sjukhus för manliga sinnesslöa och mer eller mindre fristående sekundärvårdningar med manliga patienter. För sysselsättningen av dessa anstalters klientel är nämligen jordbruk med ladugårdsskötsel och skogsarbete alltså av väsentlig betydelse.

Under hänvisning till sysselsättnings- och arbetsterapiens arbetsvårdande uppgift vill utredningen rikta uppmärksamheten på betydelsen av att *moderna arbetsmetoder* i möjligaste mån komma till användning. Därför böra särskilda arbetslokaler för patienterna i allt väsentligt vara lika välförsedda med maskiner och redskap som rationellt drivna verkstäder av motsvarande typ och storleksordning inom den öppna arbetsmarknaden, och då det gäller yrkesmässigt hantverk böra såväl reparationsarbeten som förekommande nytillverkningar planeras och utföras på ett ur driftekonomisk synpunkt så förmånligt sätt som möjligt. I nu berörda avseenden hänvisas jämväl till de synpunkter, som anförts i bilaga 2. Till viss ledning för utrustning för enklare inomhusarbeten har såsom *bilaga 3* bifogats en förteckning över diverse inventarier, verktyg m. m., som utarbetats för kommitténs för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningens gemensamma betänkande angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. Vidare vill utredningen understryka angelägenheten av att sjukhusen bli väsentligt bättre försedda med ritningar, mönster, modeller och annan åskådningsmateriel för sysselsättnings- och arbetsterapien än f. n.

Såsom nämnts finnas vid sjukhusen vanligen bibliotek för utlåning av böcker till de sjuka, och på vårdavdelningarna tillhandahållas tidningar och tidskrifter av olika slag. Vidgade möjligheter att tillhandahålla litteratur av olika slag torde kunna vinnas genom samarbete med de offentliga biblioteken. Förutsättningarna för sådant samarbete synas böra undersökas vid varje sjukhus. Utredningen förordar, att man också utökar urvalet av *intellektuella sysselsättningsformer* för patienterna. Sålunda torde det vara möjligt och

lämpligt att i viss utsträckning anordna korrespondenskurser och studie-cirklar.

Det är ock betydelsefullt, att patienterna i riklig måtto beredas sysselsättning, som mera direkt har karaktären av *förströelse* under tider, då deras vanliga arbete icke pågår. Utredningen vill understryka, att även sådan sysselsättning är att betrakta som ett led i sjukvården vid sinnessjukhusen. Brister härutinnan medföra, att sön- och helgdagar bliva psykiskt pressande för många patienter. De slöa till, depressioner aktualiseras eller fördjupas etc. Vårdavdelningarna böra därför vara välutrustade med materiel för lämplig förströelse (sällskapsspel, radio m. m.). Konserter, biografföreställningar, utflykter, s. k. patientfester m. m. böra relativt ofta anordnas samt goda möjligheter finnas till idrott, gymnastik och lekar. För patienter, som icke kunna bereda sig »fritidssysselsättning» på egen hand, är det angeläget att vårdpersonalen anordnar och leder sådan.

Åtskilliga förbättringar i dessa avseenden torde kunna åstadkommas utan större kostnader, men såsom ovan berörts stå i allmänhet icke tillräckliga medel härför till sjukhusens förfogande. Sjukhusutredningen vill därför rikta vederbörandes uppmärksamhet på vikten av att icke heller ifrågavarande sysselsättningsformer försummas.

Kap. 5. Behovet av särskilda arbetslokaler.

Det kan ej undgås att sysselsättnings- och arbetsterapien i viss utsträckning förläggas till vårdavdelningarna. I en hel del fall utgöra nämligen patienternas sjukdomstillstånd hinder för sysselsättning utanför dessa avdelningar. Vidare är det av vikt, att intresset för denna terapi hålles levande även hos vårdavdelningarnas personal. Nämda avdelningar böra därför lämna utrymme för arbeten av olika slag, och för den skull har utredningen i sitt principiella förslag angående planering och utformning av sinnessjukhus (Avd. IV) bl. a. förordat inredning av ett särskilt arbetsrum i anslutning till varje sådan avdelnings dagrum.

Tyngdpunkten av patientsysselsättningen måste emellertid vara förlagd till speciella lokaler. Sådana lokaler möjliggöra effektiv ledning av sysselsättningen samt användning av maskiner och redskap i ändamålsenlig utsträckning. Vidare underlätta de metodisk undersökning och bedömning av de sjukas intressen och färdigheter. Det miljöombyte, som arbete utanför vårdavdelningarna innebär, utgör i många fall ett beaktansvärt psykologiskt skäl för att jämväl sysselsättning av enklare slag bör förläggas till särskild arbetslokal. En utveckling av sysselsättningsterapien, på sätt sjukhusutredningen funnit önskvärd, förutsätter också, att denna i större omfattning än för närvarande förläggas till sådana speciella arbetslokaler.

Av principiella skäl böra dessa — till skillnad från *verkstäderna för yrkesmässigt hantverk*, vilka närmast äro avsedda för sjukhusdriftens behov — benämnas *avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi*. Med hänsyn till angelägenheten av att sysselsättningsterapien kan fritt utvecklas och sysselsättningsformerna smidigt anpassas efter de olika patienternas intressen m. m. bör sådan avdelning icke vara ordnad endast för en viss, exakt bestämd sysselsättningsform utan organiserad och utrustad för flera olika slags arbeten. Av naturliga skäl böra dock arbeten, som äro helt olikartade i fråga om material, teknik m. m., förläggas till skilda avdelningar. Frågan om vilka olika typer av avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi, som erfordras vid ett sinnessjukhus, bör vidare i viss mån bedömas efter lokala förhållanden — näringsliv och hemslöjd samt befolkningens intressen, läggning och sedvänjor inom vederbörande anstalts upptagningsområde. I regel torde emellertid följande vara lämpliga.

Manliga avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi.

- 1) avdelning för enkelt snickeri, måleri, träslöjd, korgmakeri, snörmakeri m. m.,
- 2) avdelning för metallslöjd och mekaniska arbeten,
- 3) avdelning för bokbinderi, läderarbeten, modellering, teckning m. m.,
- 4) avdelning för papp-, pappers-, bast-, halmarbeten m. m.,
- 5) avdelning för textilarbeten (sömnad, vävning m. m.).

Kvinnliga avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi.

- 1) avdelning för textilarbeten (sömnad, vävning m. m.),
- 2) avdelning för korgmakeri, snörmakeri m. m.,
- 3) avdelning för bokbinderi, läderarbeten, modellering, teckning m. m.,
- 4) avdelning för papp-, pappers-, bast-, halmarbeten m. m.

Vid mindre sjukhus synes det lämpligt att sammanslå vissa av dessa avdelningar, och i en del fall kunna kanske andra kombinationer av sysselsättningsformer än de ovan angivna vara att föredraga. Män och kvinnor torde också i viss utsträckning kunna sysselsättas i gemensamma lokaler, t. ex. då det gäller bokbinderi- och textilarbeten, och antalet avdelningar därigenom reduceras. Under alla förhållanden böra avdelningarna för textilarbeten stå under gemensam ledning och såvitt möjligt sammanslås eller förläggas intill varandra.

Vanligtvis äro verkstäder och arbetssalar vid sinnessjukhusen fördelade på ett flertal byggnader, ofta belägna relativt långt ifrån varandra. Detta medför, att sjukvårdspersonalens förande av patienter till och från de olika arbetslokalerna blir synnerligen tidsödande. Vid utspridda arbetslokaler försvåras vidare anordnandet av effektiv ledning av sysselsättningen ävensom önskvärt samarbete olika verkstäder emellan. I den mån särskild övervakning erfordras därstädes, blir denna också mycket personalkrävande.

På grund härav böra avdelningarna för sysselsättnings- och arbetsterapi

enligt sjukhusutredningens mening helst vara sammanförda i *en gemensam, i förhållande till vårdavdelningarna centralt belägen byggnad*. Då det är av vikt, att ett intimt samarbete kan äga rum även mellan ifrågavarande manliga avdelningar och de verkstäder för yrkesmässigt hantverk, inom vilka också manliga patienter i viss utsträckning sysselsättas (maskinsnickeri, måleriverkstad, skrädderiverkstad, tapetserarverkstad samt skomakeriverkstad), böra jämväl dessa verkstäder vara inrymda i denna byggnad.

Såsom ock i kapitel 10 framhålles, bör förrådshållningen av linne, kläder, vävnader, garner, glas, porslin, borstar, rengöringsmedel m. m., i likhet med vad som redan i allmänhet är förhållandet, vara centraliserad till ett för hela vederbörande sjukhus gemensamt förråd. Då detta bör vara centralt beläget samt avsett för såväl förvaring av material för arbetssalar och verkstäder som förvaring och distribution till olika vård- och ekonomiavdelningar av vid sjukhuset tillverkade produkter, är det ur arbetssynpunkt ändamålsenligt att förlägga även detta förråd till ifrågavarande byggnad.

Denna kan givetvis planeras och inredas på olika sätt men skulle enligt vad ovan anförts inrymma följande fem lokalgrupper, nämligen

- A. Manliga avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi.
- B. Kvinnliga avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi.
- C. Avdelningar för textilarbeten.
- D. Verkstäder för yrkesmässigt hantverk.
- E. Centraförråd.

Om det befinnes lämpligt att byggnaden uppföres i flera plan, böra av naturliga skäl sådana till grupp D hänförliga lokaler som snickeri- och måleriverkstäderna inrymmas i bottenvåningen. Vanligtvis torde byggnadens källar- eller souterrängvåning kunna utnyttjas för anordnande av centralförrådet. Lokalgrupp A bör förläggas intill eller i planet närmast över grupp D med hänsyn till samarbetet mellan däri ingående avdelningar och verkstäder.

Med utgångspunkt från vissa av utredningens arbetsstudiedelegation gjorda iakttagelser vid fyra sjukhus och efter samråd med personalrepresentanter har utrymmesbehovet inom en byggnad av avsett slag vid ett sjukhus med två överläkaravdelningar — en för män och en för kvinnor — omfattande vardera 350 à 400 vårdplatser uppskattats till ungefär följande.

Grupp A. Manliga avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi.

- | | |
|--|----------|
| 1) avdelning för enkelt snickeri, måleri, träslöjd, korgmakeri, snörmakeri m. m. (30 à 40 patienter) | 150 kvm. |
| 2) avdelning för metallslöjd och mekaniska arbeten (c:a 20 patienter) | 60 » |
| 3) avdelning för bokbinderi, läderarbeten, modellering, teckning m. m. (c:a 20 patienter) | 60 » |
| 4) avdelning för papp-, pappers-, bast-, halmarbeten m. m. (c:a 20 patienter) | 60 » |

Grupp B. Kvinnliga avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi.

1) avdelning för korgmakeri, snörmakeri m. m. (c:a 15 patienter)	50 kvm.
2) avdelning för bokbinderi, läderarbeten, modellering, teckning m. m. (c:a 15 patienter)	50 »
3) avdelning för papp-, pappers-, bast-, halmarbeten m. m. (c:a 20 patienter)	60 »

Grupp C. Avdelningar för textilarbeten.

1) avdelning för 30 à 40 manliga patienter	200 kvm.
2) sysal för c:a 50 kvinnliga patienter	150 »
3) vävsal för c:a 50 kvinnliga patienter	230 »

Grupp D. Verkstäder för yrkesmässigt hantverk.

1) verkstad för maskinsnickeri	140 kvm.
2) måleriverkstad	140 »
3) skomakeriverkstad	60 »
4) tapetserarverkstad	70 »
5) skräddarverkstad	120 »

Grupp E. Centralförråd.

1) förråd för glas, porslin, rengöringsmedel m. m.	100 kvm.
2) förråd för textilier o. d.	250 »

Vid beräkningen av utrymmesbehovet har hänsyn tagits till sådan utveckling av sysselsättningsterapien som utredningen förordat. Vidare har räknats med vissa utrymmen för förråds- och expeditiionslokaler samt toaletter, tvätt- rum, personalgarderober och andra bilokaler. För en del verkstäder torde dock erfordras ytterligare förrådsutrymmen, vilka emellertid lämpligen böra anordnas i byggnadens källar- eller souterrängvåning.

Enär det är önskvärt att relativt goda möjligheter finnas till differentiering av patienterna efter sjukdomsgrad jämväl under arbete, böra arbetslokalerna i viss mån uppdelas i mindre enheter, exempelvis i form av två vävsalar för såväl män som kvinnor. Därjämte bör inredas ett antal enkelrum för sådana patienter, som på grund av överkänslighet eller av annan anledning icke kunna arbeta tillsammans med det övriga klientelet. Vidare torde man böra räkna med vissa reservutrymmen, för den händelse behov av lokaler för speciella sysselsättningsformer skulle uppkomma.

Vid sinnessjukhusen erhålla patienterna eftermiddagskaffe, som nu vanligtvis serveras på vårdavdelningarna, och för den skull plägar en kafferast ingå i dagordningen (jfr kap. 11). Det skulle otvivelaktigt vara lämpligare att i regel låta patienterna intaga detta kaffe på eller i närheten av resp. arbetsplatser. Sådan ordning skulle nämligen, utan att förtaga kafferasten dess stimulerande verkan, innebära en avsevärd tids- och arbetsbesparing genom att åtskilliga förflyttningar av patienter mellan vårdavdelningar och

särskilda arbetslokaler m. m. komme att bortfalla. På grund härav föreslår utredningen, att i anslutning till eller i närheten av sådan byggnad som här avses anordnas lokaler för kaffeservering. I den mån så befinnes lämpligt kunna givetvis också patienter med arbete utomhus och i exempelvis tvätteriet intaga sitt eftermiddagskaffe i dessa kafélokaler, som dessutom kunna tjäna vissa andra ändamål, vartill utredningen återkommer i kap. 16.

I detta sammanhang må nämnas att man i regel icke torde behöva räkna med något speciellt lunchrum för personal inom byggnaden för sysselsättnings- och arbetsterapi m. m., enär den bör vara förlagd i närheten av den ekonomibyggnad, i vilken personalens matsalar äro inrymda.

För att bereda tillfälle till undersökningar av och enskilda samtal med patienter i samband med ronder eller eljest inom ifrågavarande byggnad bör den vidare förses med ett undersökningsrum.

Beträffande centralförrådet för textilier o. d. må anmärkas, att detta avses vara försett med en särskild avdelning för förvaring av privata patientkläder, vilka ej eller endast sällan komma till användning. Hänsyn härtill har tagits vid uppskattningen av ovan angivna ytmått för förrådet. Till denna fråga återkommer utredningen i samband med principförslaget till vårdavdelningarnas planering och utformning (Avd. IV).

Om den ifrågavarande byggnaden uppföres i flera plan, bör den förses med personhiss, som jämväl medgiver transporter av materiel och i arbetslokalerna förfärdigade produkter.

Då det är av stor psykologisk betydelse, att patienterna känna »trivsel på arbetsplatsen», vill utredningen slutligen understryka angelägenheten av att även denna omständighet ägnas vederbörlig uppmärksamhet vid den närmare utformningen av lokalerna för sysselsättnings- och arbetsterapi. I lika hög grad som i fråga om vårdavdelningarna gäller det här att medelst färger och utsmyckning skapa en trivsam, rogivande miljö.

De nu anförda synpunkterna torde böra beaktas vid renoveringar och erforderliga utvidgningar av verkstadsutrymmen m. m. vid befintliga sjukhus. Därest arkitektoniska eller andra speciella skäl skulle tala för en fördelning av avdelningarna för sysselsättnings- och arbetsterapi och verkstäderna för yrkesmässigt hantverk på mer än en byggnad, böra enligt utredningens mening helst icke flera än två byggnader ifrågakomma, den ena lämpligen avsedd för de manliga avdelningarna jämte verkstäderna för yrkesmässigt hantverk samt den andra för de kvinnliga avdelningarna och centralförrådet.

Kap. 6. Ledningen av patientsysselsättningen.

Nuvarande förhållanden. Under vederbörande överläkares överinseende fördelas patienterna vid sinnessjukhusen på olika sysselsättningsformer närmast av uppsyningspersonalen. Vid de flesta sjukhusen finns också en sär-

skild uppsyningsman, som omhänderhar ledningen av manliga patienters sysselsättning utomhus. Denne fördelar ifrågavarande patienter på olika arbetslag, som ställas under ledning av en eller flera skötare. Vidare anvisar han arbetslagen deras arbeten och övervakar utförandet därav.

Någon motsvarande gemensam ledning av patienters sysselsättning inomhus finnes ej. Utövandets av sysselsättnings- och arbetsterapi inom vårdavdelningarna ankommer vanligen på resp. avdelningars vårdpersonal. I den mån sömnad, vävning och liknande arbeten förekomma där, pläga dock sy- och vävsalarnas föreståndare i någon mån utöva tillsyn däröver.

Arbetet utanför vårdavdelningarna ledes inom bokbinderier samt korg- och borstbinderier i regel av sjukvårdspersonal, som genom praktik eller utbildningskurser förvärvat viss erfarenhet på resp. områden. Sjukvårdspersonalen i allmänhet saknar däremot speciell utbildning för sysselsättnings- och arbetsterapi.

Inom sy- och vävsalar däremot omhänderha slöjdföreståndare (lönegrad Ca 12) med biträde av väverskor och sömmerskor (lönegrad Ca 7) ledningen av patientarbetet. Ungefär halva antalet slöjdföreståndare har utbildning såsom slöjdlärarinnor eller liknande. I en del fall ha också väverskorna genomgått sådan utbildning. Sömmerskorna ha däremot vanligtvis endast viss utbildning i sömnad.

Verkstäderna för manliga hantverk, såsom snickeri, måleri, skrädderi, sadelmakeri och skomakeri, förestås av hantverksföreståndare (lönegrad Ca 14 eller 12). För dessa verkstäders räkning finnas i regel vidare anställda hantverkare (lönegrad Ca 10). Antalet sådana varierar allt efter sjukhusens storlek. Handledningen av patienter i arbete inom yrkesverkstäderna ankommer å nyssnämnda personal, som emellertid också saknar särskild utbildning såsom sysselsättnings- eller arbetsterapeuter eller för att eljest omhänderha sinnessjuka. Då dessa verkstäder dessutom praktiskt taget helt tagas i anspråk för sjukhusdriftens räkning, få hantverksföreståndarna och hantverkarna mera sällan karaktär av ledare eller organisatörer av patientsysselsättning. Det må dock framhållas, att trots dessa förhållanden finnas vid sjukhusen befattningshavare av detta slag, som på grund av personlig läggning och intresse för uppgiften äro mycket goda arbetsledare för patienter.

Vid arbete inom centralköken, tvätterierna och andra ekonomiavdelningar övervakas och handledas patienterna av den för dessa avdelningar avsedda ekonomipersonalen. Patienter med s. k. frigång, som sysselsättas med diverse uppdrag (t. ex. bud eller transporter och renhållning), arbeta utan någon kontinuerlig övervakning eller ledning. Det må också nämnas, att det i mindre utsträckning förekommer, att å sjukhusen intagna — utan att vara i familjevård — arbeta utanför sjukhusen, vid närbelägna jordbruk, verkstäder m. m. (s. k. utsträckt frigång).

Genom de studier, som utredningens arbetsstudiedelegation utfört vid fyra sinnessjukhus, har belysts i vilken utsträckning den för ledningen av sysselsättningen avsedda personalen under rådande förhållanden ägnar sig åt under-

visning och handledning av de sjuka, och i tabell 6 redovisas huru stor procentuell del av arbetstiden personalen inom vissa verkstäder och arbetssalar under tiden för arbetsstudierna använde för handledning och övervakning av där arbetande patienter. I tabellen ha arbetsstudieresultat upptagits endast för verkstäder, som syntes vara av betydelse för sysselsättnings- eller arbetsterapien.

Tabell 6. Procentuell del av personalens arbetstid, disponerad för handledning av patienter i arbete inom vissa verkstäder och arbetssalar vid fyra olika sjukhus, nedan benämnda A—D.

	A	B	C	D
Snickeri	2,8			
Träslöjd	30,8	25,9		
Korgmakeri.....		5,0	0,6	
Skrädderi.....	12,2	0,6	0,3	0,5
Tapetserar- och sadelmakeriverkstäder		8,8	1,8	
Skomakeri	1,8	1,6	5,2	
Bokbinderi		2,7		
Sy- och vävsalar.....	8,6	8,5	4,9	5,7

I den mån befattningshavarna inom verkstäder och arbetssalar ej äro sysselsatta med handledning och övervakning, ägna de sig huvudsakligen åt sådana arbeten för sjukhusdriftens räkning, vilka patienter ej anses kunna utföra (jfr bilaga 2). Enligt arbetsstudierna synes handledningen av patienterna i arbete och annan sysselsättning inom vårdavdelningarna ägnas ännu mindre uppmärksamhet än inom verkstäder och arbetssalar.

Som av det anförda framgår är ledningen av patientsysselsättningen vid sinnessjukhusen bristfälligt organiserad. Särskilt framträdande är avsaknaden av för detta ändamål speciellt utbildad personal. Ifrågavarande terapi får därför varken den effekt eller den omfattning, som ur vårdsynpunkt är önskvärd, och utredningen finner det angeläget, att en lämpligare och fastare organisation för dess utövning införes.

Sjukhusutredningens förslag. Då patientsysselsättningen är en terapiform vid sidan av andra sådana, måste helt naturligt avgörandet huruvida och i vilken omfattning den skall tillämpas i det enskilda fallet ske med hänsyn till samtliga på sjukdomsförloppet inverkan faktorer. Därav följer, att den högsta ledningen av sysselsättnings- och arbetsterapien måste ligga hos vederbörande läkare och att denne bör besitta god kännedom om dessa behandlingsformer. Det är emellertid nödvändigt, att läkaren i tillräcklig utsträckning biträdas av personal, som utbildats för ändamålet.

I andra länder, där sysselsättnings- och arbetsterapi i större utsträckning införts inom olika slag av sjukvård — huvudsakligen Förenta staterna, England och Finland — räknar man med betydligt flera befattningshavare för sådan terapi inom sinnessjukvård än inom annan sjukvård. På grundval av iakttagelser, som docenten Erik Severin gjort under studier på området inom

amerikansk sjukvård, har han i rapporten därom (SOU 1946: 65) beräknat, att vid sinnessjukhus skulle erfordras en särskilt för uppgiften utbildad befattningshavare med assistent per 20—30 vårdplatser. Denna beräkning har emellertid i viss mån skett på grundval av exceptionella förhållanden inom amerikansk sjukvård, betingade av andra världskriget, och dessutom torde erfarenheter inom denna sjukvård icke med säkerhet vara direkt tillämpliga på svenska förhållanden.

Även om sjukhusutredningen sålunda ej anser sig böra föreslå en utbyggnad av organisationen i paritet med amerikanska förhållanden, synes det dock önskvärt, att speciellt utbildade befattningshavare, som uteslutande ha till uppgift att utöva sysselsättnings- och arbetsterapi, anställas vid våra sinnessjukhus (nedan benämnda *arbetsterapeuter*). Följande avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi böra enligt utredningens mening förestås av sådana terapeuter:

- 1) avdelning för enkelt snickeri, måleri, träslöjd, korgmakeri, snörmakeri m. m. (för män),
- 2) avdelning för metallslöjd och mekaniska arbeten (för män),
- 3) avdelning för korgmakeri, snörmakeri m. m. (för kvinnor),
- 4) avdelning för bokbinderi, läderarbeten, modellering, teckning m. m. (en för män och en för kvinnor),
- 5) avdelning för papp-, pappers-, bast-, halmarbeten m. m. (en för män och en för kvinnor).

Det synes ej erforderligt att genomgående räkna med en arbetsterapeut för var och en av dessa avdelningar. För ledningen av avdelningarna för bokbinderi etc. samt för papp-, pappers-, bast-, halmarbeten m. m. — sammanlagt fyra vid vart och ett av de större och medelstora sjukhusen — torde vanligtvis ej erfordras mer än två terapeuter. Från denna utgångspunkt föreslår utredningen, att i avbidan på närmare erfarenhet högst fem tjänster för arbetsterapeuter, avsedda för avdelningar av ovan angivna slag, inrättas vid varje sjukhus med två eller flera överläkaravdelningar. Vid sjukhus med endast en överläkaravdelning, där antalet avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi förutsättes något begränsat, synes det åtminstone tills vidare tillfyllest med tre terapeuttjänster för dessa avdelningar.

Arbetet inom avdelningarna för textilarbeten är av den art, att dessa avdelningar för såväl manliga som kvinnliga patienter enligt utredningens mening böra förestås av befattningshavare med slöjdläroinnehåll. Erfarenheten har också visat att i övrigt lämpliga personer med denna utbildning vanligen äro väl ägnade att leda patienters sysselsättning med textilarbeten av alla slag. Dessa befattningshavare synas alltjämt kunna benämnas slöjdföreståndare.

Utredningen räknar med att arbetsterapeuterna liksom slöjdföreståndarna skola biträdas av sjukvårdspersonal — skötare eller sköterskor — i den mån så erfordras. Inom sy- och vävsalarna böra därjämte liksom nu vara anställda sömmerskor och väverskor.

Vid inrättandet av tjänsterna för arbetsterapeuter avser utredningen, att befattningar av annat slag (skötare-, överskötare- eller hantverksföreståndartjänster), disponerade för ledningen av verkstäder för träslöjd, korgmakeri, borstbinderi, bokbinderi o. d. skola överflyttas, skötare- och överskötartjänsterna till nytillkommande vårdavdelningar och hantverksföreståndarbefattningarna till yrkesverkstäder vid nya sjukhus, i den mån innehavarna icke lämpligen kunna vidareutbildas till och givas anställning såsom arbetsterapeuter.

Ledningen av sysselsättnings- och arbetsterapien inom vårdavdelningarna bör även läggas i händerna på arbetsterapeuter, och utredningen föreslår, att tills vidare en sådan befattningshavare knytes till varje överläkaravdelning. Detta antal kan, med hänsyn till att relativt många sjuka sysselsättas inom vårdavdelningarna, förefalla ringa. Det må emellertid erinras om att utredningen räknar med, dels att sysselsättnings- och arbetsterapien i större utsträckning än nu förläggas utanför dessa avdelningar, dels ock att sjukvårdspersonalen måste uppbringas till sådant antal, att den kan aktivt medverka vid utövandet av psykoterapi och sålunda även sysselsättnings- och arbetsterapi. Sjukhusen lära vidare komma att få tillgång till ett antal arbetsterapeutelever, enär det avses, att i terapeututbildningen skall ingå praktisk tjänstgöring vid sjukhus.

Med hänsyn till yrkesverkstädernas huvudsakliga uppgift — att betjäna sjukhusdriften — böra dessa liksom hittills förestås av yrkesmän, hantverksföreståndare.

Övervakning och handledning av patienter under arbete utomhus bör såsom nu i regel omhänderskas av skötare eller sköterskor. Enär det är önskvärt, att patienterna under den varmare årstiden i största möjliga utsträckning sysselsättas utomhus, bör det då bliva möjligt att utrymma vissa avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi, och vid sådant förhållande skulle därigenom frigjorda arbetsterapeuter i viss omfattning kunna biträda vid ledningen av utomhusarbetet.

Antalet sysselsatta patienter vid sjukhus med mer än en överläkaravdelning är så stort och befattningshavarna, som utöva sysselsättnings- och arbetsterapi, så många, att en särskild, för hela sjukhuset gemensam befattningshavare enligt utredningens mening erfordras såsom överläkarnas närmaste biträde för ledningen och övervakningen av ifrågavarande del av vården. Denne, som bör äga utbildning såsom arbetsterapeut och benämnas *föreståndare för arbetsterapi*, skulle vara förman för arbetsterapeuterna och i samband med ronder och eljest bl. a. framlägga förslag beträffande fördelningen av patienter inom olika sysselsättningsområden. Vidare bör sådan föreståndare biträda vid bestämmandet av ersättning till patienter för arbete för sjukhusens räkning och därvid medverka till att detta sker enligt enhetliga grunder, föra erforderlig statistik rörande sysselsättnings- och arbetsterapien, deltaga i upphandlingar av material för densamma m. m. Han bör också, med biträde av arbetsterapeuterna, svara för anordnandet av förströelser o. d. (patientfester, konserter, idrott etc.) samt utöva tillsyn över patienters arbeten utomhus.

Vid sjukhusen med endast en överläkaravdelning synas tjänster såsom föreståndare för arbetsterapi i regel icke vara erforderliga. Med hänsyn till omfattningen av patientsysselsättningen utomhus vid Källshagens och Salberga sjukhus torde dock vid vart och ett av dessa en sådan tjänst böra inrättas.

Samtliga nuvarande uppsyningsmanstjänster för ledning av manliga patienters utarbeten beräknas kunna indragas vid genomförande av nu föreslagen organisation, i den mån de ej erfordras för inre sjukvårdsarbete vid sinnessjukvårdens utbyggnad och sålunda böra omändras till tjänster för detta ändamål. Utredningen har dock icke något att erinra mot att här avsedd uppsyningsmanstjänst vid mindre sjukhus, där befattning såsom föreståndare för arbetsterapi icke skulle inrättas, ersättes med överskötartjänst, om så skulle påkallas för arbetets behöriga gång.

Enligt det anförda skulle vid statens sinnessjukhus inrättas tills vidare högst följande antal tjänster för arbetsterapeuter och föreståndare för arbetsterapi:

Arbetsterapeuter

för avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi:

vid sjukhus med mer än en överläkaravdelning	(15 × 5 =)	75
» » » endast en »	(9 × 3 =)	27

för vårdavdelningar:

en tjänst per överläkaravdelning	43
Summa	145

Föreståndare för arbetsterapi

vid sjukhus med mer än en överläkaravdelning	15
» Källshagens och Salberga sjukhus	2
Summa	17

Enligt samma beräkningsgrunder skulle vid storstädernas sinnessjukhus erfordras sammanlagt omkring 40 arbetsterapeututbildade befattningshavare.

Föreståndarna för arbetsterapi och arbetsterapeuterna böra hänföras till sjukhusens sjukvårdspersonal och vara direkt underställda överläkarna. Gentemot den övriga sjukvårdspersonalen skulle de sålunda givas en självständig ställning.

För *behörighet* till befattning såsom arbetsterapeut bör fordras att vara legitimerad för sådan tjänsteutövning (jfr kap. 7). Samma villkor bör gälla för befattning såsom föreståndare för arbetsterapi; dessutom bör vederbörande genom tjänstgöring såsom arbetsterapeut vid sinnessjukhus ha förvärvat ingående erfarenhet beträffande sysselsättnings- och arbetsterapien vid sjukhus av detta slag samt därvid ådagalagt såväl lämplighet som skicklighet.

Utredningen har övervägt, huruvida även *övrig personal*, som handhar eller handleder patienter under sysselsättning, bör bibringas speciell utbild-

ning i detta avseende och kommit till den slutsatsen, att skötare- och sköterskeutbildningen bör kompletteras med en orientering om sysselsättnings- och arbetsterapiens mål och medel. I övrigt har särskild utbildning ej ansetts nödvändig. Man torde nämligen kunna räkna med att personalen i allmänhet kommer att bibringas ökade insikter i och intresse för sysselsättnings- och arbetsterapien genom de särskilt utbildade terapeuternas verksamhet vid sjukhusen. Det är emellertid angeläget, att ökade garantier skapas för att befattningshavare, som handhava eller handleda patienter under sysselsättning, äro lämpliga för denna uppgift. För den skull föreslår utredningen, att behörighetsvillkoren för slöjdföreståndare och hantverksföreståndare kompletteras med föreskrift om att vederbörande skall genom tjänstgöring vid sinnessjukhus under minst ett år ha ådagalagt lämplighet och duglighet i handledning av patienter i arbete.

I enlighet med vad ovan anförts får utredningen vidare föreslå, att såsom villkor för behörighet till tjänst som slöjdföreståndare uppställas godkänd examen såsom lärarinna i kvinnlig slöjd eller därmed jämförbar utbildning.

I förevarande sammanhang får utredningen även framhålla angelägenheten av att *medicinalstyrelsen*, i sin egenskap av överstyrelse för sinnessjukhusen, ägnar vederbörlig uppmärksamhet åt att sysselsättnings- och arbetsterapien vid dessa sjukhus bedrives på rationellt sätt samt vad angår de statliga sjukhusen förmedlar eller ombesörjer avsättning av framställda produkter och i lämplig omfattning verkställer central upphandling av material m. m. Styrelsen bör även tillse, att prissättningen av produkterna vid sistnämnda sjukhus vid försäljning, mera än vad som nu är fallet, sker i överensstämmelse med gällande handelspriser på motsvarande eller liknande varor.

Kommittén för partiellt arbetsföra har för avsikt att pröva frågan huruvida en särskild organisation för försäljning av produkter, som framställas av partiellt arbetsföra, bör komma till stånd. Därest så skulle bliva fallet, är det naturligt, att sinnessjukhusen etablera samarbete med denna organisation.

Utredningen har ej ansett sig böra ingå på frågan, huruvida det kan anses erforderligt att hos medicinalstyrelsen inrätta viss befattning för styrelsens arbetsuppgifter vid intensifierad sysselsättnings- och arbetsterapi vid sinnessjukhusen. För bedömningen av detta spörsmål torde nämligen ovanberörda utredning av kommittén för partiellt arbetsföra böra avvaktas och erfarenhet vinnas i fråga om de åtgärder, sjukhusutredningen föreslagit.

Kap. 7. Arbetsterapeuternas utbildning och löneförmåner.

Tidigare förslag. I samband med utarbetandet av ovannämnda, kommitténs för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningens gemensamma betänkande angående sysselsättnings- och arbetsterapi har ingående övervägts, huruvida särskild utbildning bör anordnas för arbetsterapeuter inom sinnessjukvården vid sidan av utbildningen av sådana befattningshavare vid kroppssjukhus och andra

vårdanstalter, eller om en gemensam utbildning vore att föredraga. Därvid ha öfvervägande skäl befunnits tala för det senare alternativet, och förslag till sådan utbildning genom statens försorg har framlagts.

I betänkandet anföras följande allmänna synpunkter rörande de kvalifikationer, som böra fordras av arbetsterapeuter och sålunda vara vägledande vid utformningen av deras utbildning.

Stora krav måste ställas på de personer, vilka anställas som terapeuter vid sjukhus och vårdanstalter. Utom rent praktiska handlag och färdigheter och i viss mån konstnärlig begåvning måste de besitta relativt god allmänbildning, god psykologisk blick och skolning samt förmåga att umgås med sjuka, att vinna deras förtroende och väcka deras intresse för sysselsättning eller arbete under mera organiserade former. De måste ha förmåga att undervisa samt vara medicinskt allmänbildade för att rätt kunna förstå och fullfölja läkarnas instruktioner beträffande de olika fallen. Vidare fordras, att de ha sådana kunskaper om samhällets sociala uppbyggnad och lagstiftning, att de kunna tränga in i den sjukes sociala svårigheter och bekymmer samt på bästa sätt råda och hjälpa.

Utbildningen, som tills vidare avses förlagd till slöjdföreningens skola i Göteborg, skulle enligt förslaget omfatta fyra läs- och övningsterminer samt kompletteras med sex månaders förpraktik på sjukhus och nio månaders assistenttjänstgöring på sjukhus eller vårdanstalt, där terapeut finnes.

Det förutsättes, att elevmaterialet under förpraktiken skall sovras med hänsyn till allmän lämplighet samt att goda vitsord i det avseendet skola utgöra en bestämd och oeftergivlig fordran för inträde vid utbildningskurserna. Dessa skulle bestå i en parallell undervisning i tekniska och social-medicinska ämnen.

Beträffande inträdesfordringarna, utbildningens närmare utformning och omfattning m. m. ha kommittéerna anført och föreslagit följande.

Inträdesfordringar.

Sökande skall ha fyllt 19 år, ha normalkompetens eller realexamen eller två kurser vid folkhögskola eller därmed jämförlig utbildning, skall ha tjänstgjort minst 6 månader vid sjukhus som biträde e. d., skall äga intresse för pedagogiskt arbete och skall visa gott handlag i slöjd och teckning. Förslagsvis bör sökande bifoga arbetsprov i form av teckning eller målning samt egenhändigt förfärdigade slöjddalster.

Den tvååriga utbildningen.

Utbildningen skall äga rum två år i följd och omfatta för varje läsår hösttermin å 14 veckor och vårtermin å 18 veckor med 30 lektionstimmar per vecka, varav cirka 24 lektionstimmar skola avse handslöjd m. m. (teknisk utbildning) och cirka 6 lektionstimmar undervisning i socialmedicinska ämnen. Den tvååriga utbildningen skulle då komma att fördela sig på följande sätt:

Teknisk utbildning	cirka 1 500 timmar	= cirka 50 veckor
Social-medicinsk utbildning	cirka 400 »	= cirka 14 »
		Summa 64 veckor

Den tekniska utbildningen bör omfatta:

Obligatoriska ämnen:

Teckning, modellering, målning.
 Vävning (med växtfärgning).
 Trä- och metallslöjd.
 Bokbinderi och pappslöjd eller
 Sömnad och övriga textila arbeten.
 Maskinskrivning.
 Materiallära och bokföring.
 Konst- och stilhistoria.
 Studiehandledning (korrespondensstudier m. m.).
 Talteknik och dramatik.

Valfria ämnen:

Tre av följande:

Knyppling, virkning, stickning samt matt- och nätknytning.
 Bast- och halmslöjd samt korgtillverkning.
 Textiltryck.
 Tillverkning av leksaker av tyg eller annat mjukt material samt diverse arbeten av materialrester.
 Modellarbete.

Av ovanstående ämnen skulle största antalet lektionstimmar ägnas åt de tre förstnämnda obligatoriska ämnena, nämligen teckning, modellering och målning, vävning (med växtfärgning) samt trä- och metallslöjd. Kommittéerna ha räknat med att åt vardera av dessa så att säga grundläggande ämnen skulle ägnas sammanlagt cirka 300 timmar och åt de valfria ämnena cirka 100 timmar vardera. Beträffande de valfria ämnena kunna givetvis erfarenheter under första årens utbildning föranleda modifikationer eller kompletteringar av ovanstående förteckning över desamma. Kommittéerna ha emellertid icke velat på förhand binda kursplanen vid en fördelning av de 1 500 timmarna på de olika ämnena utan anser, att en sådan fördelning bör ske i samband med den slutliga uppläggningsplanen av kursplanen, vilken, då det gäller den tekniska utbildningen, närmast bör handhas av en särskild styrelse för terapeututbildningen.

Det torde i detta sammanhang böra understrykas, att med den undervisning i tekniska ämnen, som härovan skisserats, *ingalunda avses att utbilda de blivande terapeuterna till kompetenta yrkesmän och yrkeslärare i respektive fack*. Kommittéerna äro väl medvetna om att den föreslagna tekniska utbildningen icke är tillräcklig för ett sådant ändamål. Avsikten är endast att bibringa eleverna sådan insikt och sådana kunskaper i träslöjd, vävning, sömnad o. s. v. att de kunna leda och instruera patienterna i enklare arbeten och sysselsättningar av ifrågavarande slag. För detta ändamål torde den föreslagna tekniska utbildningen vara fullt tillräcklig. Detta har även vitsordats av rektorerna vid konstfackskolan i Stockholm och slöjdföreningens skola i Göteborg, vilka tagit del av ovanstående undervisningsplan.

Den social-medicinska utbildningen.

Beträffande den social-medicinska utbildningen ha kommittéerna ansett sig böra framlägga förslag om fördelningen av för dessa ämnen reserverade lektionstimer och övningstimmar enligt nedanstående:

Anatomi, fysiologi, neurologi och rörelselära	cirka	100	timmar
Medicin och pediatrik	»	30	»
Kirurgi och ortopedi	»	40	»
Hygien och bakteriologi	»	15	»
Första hjälpen vid olycksfall	»	5	»
Psykologi	»	50	»
Psykiatri och psykopatologi	»	40	»
Pedagogik	»	25	»
Socialpolitik	»	20	»
Sociallagstiftning	»	20	»
Sysselsättnings- och arbetsterapiens teori	»	40	»
Ej disponerad tid	»	15	»

Summa cirka 400 timmar

Denna kurs omfattar således både biologiska ämnen, såsom anatomi och fysiologi, och medicinska ämnen, såsom medicin, kirurgi, ortopedi, neurologi, psykiatri m. m., samt sociala ämnen. Till dessa kommer undervisningen i pedagogik, som skall lägga en teoretisk grund för terapeuternas verksamhet som instruktörer. Inom det timantal, som angivits för de uppräknade ämnena, är avsikten att kursen skall bibringa eleverna den allmänna teoretiska underbyggnad, som krävs för att de skola kunna tillgodogöra sig undervisningen i sysselsättnings- och arbetsterapiens teori och metodik. Det sistnämnda, som är det för kursen specifika ämnet, omfattar en på sysselsättnings- och arbetsterapiens område tillämpad undervisning i nyssnämnda medicinska ämnen. Genom detsamma skola eleverna bibringas kunskap om de sjukdomstillstånd, för vilka de skilda slagen av sysselsättningar äro lämpliga behandlingsformer. Det kan sålunda betecknas som ett ämne, vilket sammanbinder utbildningens medicinska och hantverkstekniska delar. Dessutom böra eleverna givas tillfälle till studiebesök på arbetsplatser och sociala institutioner samt att få en inblick i fritidssysselsättningar och föreningsliv. Med det sagda ha kommittéerna endast velat ange de stora dragen av undervisningen. Om denna liksom om undervisningen i de tekniska ämnena gäller, att styrelsen för terapeututbildningen bör handhava den detaljerade utformningen.

Assistenttjänstgöring.

Assistenttjänstgöringen bör förläggas till sjukhus eller vårdanstalt, där terapeut finnes, och skall omfatta nio månader, varav tre skola fullgöras under sommaren efter första läsårets slut och sex sedan den tvååriga utbildningen slutförts. Av dessa nio månader skola tre obligatoriskt fullgöras å sinnessjukhus och övriga sex inom den disciplin, som vederbörande sedermera ämnar ägna sig åt. Om aspiranten har för avsikt att ägna sig åt sinnessjukvården, skola tre månader av assistenttjänstgöringen fullgöras å kroppssjukhus av något slag.

Då största delen av utbildningen skulle ägnas åt undervisning och övning i tekniska ämnen, föreslå kommittéerna, att densamma bedrives under överstyrelsens för yrkesutbildning överinseende. Vidare föreslå kommittéerna, att den handhaves av en styrelse, förslagsvis på fem personer. Såsom självskrivna ledamöter i denna styrelse skulle ingå rektorerna för socialinstitutet och slöjdföreningens skola i Göteborg. Av de övriga tre ledamöterna anses en böra vara läkare.

Tillsynen över redan utbildade och utövande terapeuter skulle enligt förslaget handhavas av medicinalstyrelsen, vilken även — i likhet med vad fallet

är i fråga om sjukgymnaster — skulle äga utfärda legitimation till dem, som genomgått den föreskrivna utbildningen och därvid erhållit vitsord att vara lämpliga som terapeuter vid av det allmänna drivna sjukhus och vårdanstalter. Medicinalstyrelsen skulle därjämte äga medgiva dispens till personer, som, utan att ha genomgått föreskriven utbildning, likväl styrka sig äga kompetens och lämplighet att verka som terapeuter.

Ifrågavarande utbildning har föreslagits omfatta sammanlagt cirka 30 månader, varav 15 månader beräknats utgöra tjänstgöring vid sjukhus. Därvid har räknats med att eleverna under sistnämnda 15 månader skulle komma i åtnjutande av kost och logi. Under de återstående 15 månaderna (64 veckor), vilka skulle ägnas åt social-medicinsk och teknisk utbildning, torde eleverna få vidkännas jämförelsevis stora kostnader för vivre, resor m. m. Med hänsyn härtill ha kommittéerna förordat, att eleverna under denna tid skulle ha möjlighet att erhålla stipendier enligt de grunder, som gälla för stipendier åt elever vid kommunala och enskilda anstalter för yrkesundervisning. Vidare har föreslagits, att undervisningen skall vara helt kostnadsfri samt att kostnaderna för material i anslutning till den tekniska undervisningen skola bestridas av statsmedel.

I betänkandet har framhållits, att arbetsterapeutens verksamhet mera liknar sjukgymnastens än sjuksköterskans. Även i fråga om den föreslagna utbildningens längd, elevernas förkunskaper samt ställningen vid sjukhusen och inom sjukvården ha terapeuterna ansetts vara närmast jämställda med sjukgymnasterna. De borde därför skäligen beredas samma *löneförmåner* som dessa enligt de förslagsställande kommittéernas mening. Det erinrades emellertid om att sjukgymnasternas löneställning voro olika vid statens, storstädernas och landstingens sjukhus. Vid de av staten och storstäderna drivna sjukhusen voro de nämligen placerade i eller åtnjöto förmåner motsvarande lönegrad Ca 13 och i en del fall lönegrad Ca 14 enligt statens löneplansförordning, under det att deras löneställning vid landstingens sjukhus närmast motsvarade lönegrad Ca 12. Kommittéerna framhöllo, att en utjämning i detta avseende var påkallad, men intogo i betänkandet icke bestämd ställning till sjukgymnasternas och arbetsterapeuternas lönegradsplacering.

Yttranden. Kommitténs för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningens gemensamma betänkande angående sysselsättnings- och arbetsterapi har varit föremål för remissbehandling. Då i betänkandet närmast avhandlas ifrågasvarande terapi på kroppssjukvårdens område, har i de inkomna yttrandena icke direkt diskuterats, huruvida den föreslagna utbildningen m. m. kan anses lämplig för arbetsterapeuter vid sinnessjukhusen. Icke desto mindre torde remissinstansernas synpunkter beträffande utbildningsförslaget och därmed sammanhängande spörsmål vara av intresse vid bedömningen av denna fråga. Därför anser sig utredningen böra i huvudsak redogöra för yttrandena i berörda delar.

Övervägande flertalet remissinstanser ha ej anfört några erinringar. Avvikande meningar ha dock framkommit i en hel del fall.

Medicinalstyrelsen delar visserligen de sakkunnigas uppfattning, att en nödvändig förutsättning för att arbetsterapiens standard skall komma att hållas på en hög nivå är att terapeuterna få en god och lämplig utbildning. Enligt styrelsens uppfattning skulle emellertid hittills vunna erfarenheter ha visat, att det är möjligt att ordna organiserad sysselsättning på sjukhus med mycket enkla medel. Därför synes den föreslagna utbildningen vara alltför omfattande, speciellt de teoretiska studierna. Kravet på terapeuternas utbildning anses utan olägenhet kunna sänkas väsentligt. Styrelsen håller före, att den bör baseras på psykologisk-pedagogisk grund och yrkeskunnighet samt att den medicinskt-teoretiska utbildningen är överflödig för dessa befattningshavare, som skola utöva instruktionsverksamhet under medicinskt sakkunnig ledning. Viss erfarenhet från sjukhus finner styrelsen erforderlig men anser det tillräckligt med väsentligt kortare praktik än den föreslagna sjukhustjänstgöringen om sex månader före den egentliga utbildningens början. Det ifrågasättes vidare om icke den praktiska utbildningen åtminstone i viss utsträckning kan förläggas till redan befintliga yrkes-skolor.

Enär tyngdpunkten i utbildningen skulle läggas på icke medicinska studier, finner styrelsen det därjämte riktigtast att såväl tillsynen av terapeuternas verksamhet som deras legitimation överflyttas på överstyrelsen för yrkesutbildning. Styrelsen vill också ifrågasätta huruvida benämningen terapeut är lyckligt vald. Visserligen måste organiserad arbets- och sysselsättningsverksamhet vid sjukhus anses i många fall kunna verksamt understödja den rent medicinska behandlingen, men terapeutens huvuduppgift måste alltid bli mera undervisande och instruerande än i egentlig mening behandlande. Därför föreslår styrelsen, att ifrågavarande befattningshavare benämnas instruktörer, vilket enligt styrelsens mening är ett mera adekvat och för svenskt språkbruk mera tilltalande uttryck.

Samma eller liknande synpunkter beträffande den teoretiska utbildningen ha framkommit i några andra yttranden.

Svenska läkarsällskapet anser, att den föreslagna social-medicinska eller teoretiska delen av utbildningen bjuder på en gång på för mycket och för litet. Den närmar sig enligt sällskapets mening för mycket den allmänna utbildningen av sjuksköterskor och sociala kuratorer, under det att den sannolikt giver en för knapphändig psykologisk skolning. Sällskapet föreslår därför bl. a. överarbetning av utbildningsplanerna med hänsyn till möjligheterna av kortare och mera psykologiskt-pedagogiskt inriktad utbildning.

Även *Sveriges läkarförbund* ifrågasätter, om icke undervisningen skulle kunna koncentreras i hög grad. Det framhålls, att terapeutens ställning ej är av samma art som den sociala kuratorns utan rent praktisk, varför det betvivlas, att fjorton veckors teoretisk undervisning i socialmedicin innebär väl använd tid.

Viss begränsning av utbildningen förordas jämväl av *svenska lasarettsläkarföreningen* samt av *Malmöhus och Örebro läns landstings förvaltningsutskott*. Föreningen för sysselsättnings- och arbetsterapi önskar utbyte av de sex månadernas tjänstgöring vid sjukhus som biträde e. d. mot fyra månaders tjänstgöring såsom provelev, då föreningen anser den senare utbildningen mera allsidig och effektiv.

En del jämkningar i kursplanerna ha vidare föreslagits, huvudsakligen av följande innebörd.

Styrelsen för socialinstitutet i Stockholm, som finner förslaget till social-medicinsk utbildning vara i huvudsak väl avvägt, anser, att ämnena psykologi, psykiatri och psykopatologi böra sammanföras till ett ämne och att därtill bör läggas ämnet psyko-somatisk medicin. Vidare skulle undervisningen rörande första hjälpen vid olycksfall kunna utgå samt timantalet för kirurgi och ortopedi reduceras, om förpraktiken samordnades med sjuksköterskeutbildningen. Den på så sätt vunna tiden borde lämpligen användas till ökad undervisning i ämnesgruppen psykologi, psyko-somatisk medicin samt psykiatri och psykopatologi.

Styrelsen för sydsvenska socialinstitutet ifrågasätter, om ej andra typer av förpraktik än den föreslagna åtminstone alternativt borde få förekomma, exempelvis tjänstgöring som klubbledare vid ungdomsgård eller annan organiserad fritidssysselsättning. Den önskvärda förtrogheten med sjukhusmiljön skulle kunna vinnas under assistenttjänstgöringen hos terapeut. Styrelsen anser vidare, att undervisningen bör omfatta grundlig undervisning om arbetsmarknaden och arbetslivet och att särskild uppmärksamhet bör ägnas åt de fysiska och psykiska krav, som möta anställda inom olika yrkesområden. Med denna undervisning skulle förenas studiebesök på arbetsplatser.

Svenska hemslöjdsföreningarnas riksförbund anser, att bast- och halmslöjd samt korgtillverkning, som föreslagits vara ett valfritt ämne i den tekniska utbildningen, bör göras till obligatoriskt och i samband därmed föreskrivet antal valfria ämnen minskas från tre till två.

Riksföreningen för bekämpandet av de reumatiska sjukdomarna och Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott ifrågasätta differentiering av utbildningen för terapeuter inom olika slag av sjukvård.

I likhet med medicinalstyrelsen ha *socialvårdskommittén* samt *ortoped- och vanförevårdssakkunniga* ifrågasatt, huruvida benämningen arbetsterapeut är lämplig. Sistnämnda kommitté har föreslagit arbetsinstruktör.

De synpunkter, som framkommit angående terapeuternas löneförmåner, äro i huvudsak följande.

Medicinalstyrelsen anser sig, med hänsyn till att terapeuterna enligt styrelsens uppfattning i fråga om skolunderbyggnad och specialutbildning äro jämförbara med avdelningssköterskor men komma att få mindre ansvarsfulla uppgifter än dessa, icke kunna tillstyrka högre placering än i lönegrad Ca 11, såvida icke arbetsuppgifterna i enstaka fall kunna motivera placering i lönegraden Ca 12.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott avråder från en högre placering än lönegrad Ca 12, enär sjukgymnasterna vid de landstingsägda sjukhusen åtnjuta löneförmåner, som närmast motsvara denna lönegrad. I detta sammanhang må nämnas att *svenska landstingsförbundet* har förklarat sig icke ha något att erinra mot att terapeuterna i lönehänseende likställas med sjukgymnasterna.

Styrelsen för socialinstitutet i Göteborg anser, att placering i lönegrad Ca 13 snarare vore för låg än för hög.

Sjukhusutredningens synpunkter och förslag. Av naturliga skäl måste utformningen och tillämpningen av sysselsättnings- och arbetsterapien inom skilda grenar av sjukvården gestalta sig olika i flera avseenden. Många uppgifter äro emellertid gemensamma för all sådan terapi. Detsamma gäller de fordringar, som måste ställas på dess utövare, icke minst den, att de skola vara förtrogna med och ha föreställelse för sjukdom och vad en sådan betyder för dess bärare. Man kan ha olika meningar om vilka ämnen den teoretiska

undervisningen bör omfatta för att säkrast garantera en sådan förtrogenhet och förståelse, men därom torde man kunna vara ense, att terapeuterna under sin utbildning måste komma i rätt bred kontakt med sjukdom och sjuka människor för att de skola se sin uppgift och gärning såsom ett led i strävandet att återge sjuka medmänniskor deras hälsa och icke som en insats i framställandet av det ena eller andra slaget av produkter. Angelägenheten av en dylik inställning ha erfarenheterna av den hittills i landet bedrivna sysselsättnings- och arbetsterapien bekräftat.

Att undervisning i psykologi och pedagogik är nödvändig för samtliga ifrågavarande befattningshavare torde vara klart. Däremot är det tydligt, att detta ej i lika hög grad gäller de övriga teoretiska ämnena. Vissa kunskaper, som måste krävas av en inom ortopedi och vanförevård verksam terapeut, äro ej eller endast i mindre grad erforderliga för dem som arbeta å t. ex. en avdelning för kroniskt sjuka, ett sanatorium eller inom sinnessjukvården. Ur den synpunkten kan sålunda den föreslagna teoretiska undervisningen anses i viss mån för stort tilltagen eller överflödig. Den föreslagna gemensamma och för den skull relativt omfattande utbildningen innebär emellertid praktiska fördelar såtillvida, att en terapeut kan söka sig från en vårdform till en annan samt att en och samma terapeut på mindre sjukhus utan hinder kan anlitas för kliniker och avdelningar med olika klientel. Båda dessa fördelar synas värda allt beaktande, när det gäller en hittills föga prövad och i utbyggnad varande verksamhet. Det relativt begränsade antalet terapeuter, som i vårt land erfordras inom olika slag av sjukvård, talar också för att man bör undvika differentierad utbildning.

Vad nu anförts utesluter ej att en differentiering av utbildningen i framtiden kan bli påkallad. Redan nu kan man något så när skönja de linjer, som en sådan kan komma att följa. En uppdelning kan ske i fråga om grundutbildningen, t. ex. en för enklare sysselsättningsgrenar och en för mer fordrande terapiformer, eller ock kan differentieringen komma att avse utbildning av speciella terapeuter för tuberkulosvård, sinnessjukvård, vanförevård o. s. v. Tills vidare torde man emellertid böra nöja sig med den differentiering, som kan vinnas genom val av anstalter för förpraktik och assistenttjänstgöring. Ytterligare tillkommer den omständigheten, att det visat sig förenat med mycket stora svårigheter att med små medel praktiskt organisera och finna lämpliga organ för den teoretiska undervisningen. Säkerligen skulle svårigheterna att anordna differentierad utbildning bli ännu större.

Utredningen vill tillägga, att en nedskärning av den teoretiska undervisningen givetvis är möjlig och måhända även försvarbar under en övergångstid för vinnande av erfarenheter. Härvid bör dock observeras, att varje sådan begränsning innebär en eftergift i fråga om terapeuternas medicinska insikter, och det är ovisst, om någon större tidsvinst för eleverna uppkommer, enär denna undervisning är avsedd att löpa parallellt med den tekniska. En ren tidsvinst skulle däremot följa av en förkortning av förpraktiken, och utredningen vill för sin del förordna en sådan åtgärd, därest en begränsning av

utbildningstiden anses påkallad. I detta avseende får sjukhusutredningen likväl framhålla, att sysselsättnings- och arbetsterapien vid sinnessjukhus i allmänhet torde kräva grundligare insikter och erfarenheter i sinnessjukvård än som skulle erhållas genom den föreslagna utbildningen. Åtminstone så länge uppbyggandet av den i föregående kapitel angivna organisationen av arbetsterapeuter och föreståndare för arbetsterapi pågår och intill dess densamma vunnit vederbörlig stabilitet, synes det därför angeläget, att lämpliga yngre ordinarie och extra ordinarie skötare och sköterskor vid sinnessjukhusen i den utsträckning, som erfordras för att täcka behovet av terapeuter vid dessa sjukhus, stimuleras att undergå utbildningen. Det beräknas, att årligen omkring 40 terapeuter skulle kunna utbildas vid slöjdföreningens skola i Göteborg. Med hänsyn till sinnessjukhusens behov av sådana befattningshavare enligt utredningens förslag (cirka 200), jämfört med motsvarande behov vid andra sjukhus och vårdanstalter (cirka 300), vore det lämpligt om 15 à 20 av terapeuterna i varje årskurs under de närmaste tio åren utgjordes av skötare och sköterskor vid sinnessjukhus.

Utredningen vill slutligen beträffande utbildningsplanen understryka, att den föreslagna styrelsen för utbildningen förutsättes skola närmare utforma densamma och allt efter vunna erfarenheter företaga jämkningar däri. På så sätt skulle den bli föremål för successiv revision med ledning av erfarenheterna inom såväl sinnessjukvård som kroppssjukvård av de utbildade terapeuternas verksamhet.

I anledning av medicinalstyrelsens förslag, att tillsynen av utövande terapeuter och utfärdandet av legitimation till sådana befattningshavare skulle anförtros åt överstyrelsen för yrkesutbildning, vill utredningen som sin mening uttala, att det framstår såsom mera naturligt att medicinalstyrelsen gives dessa uppgifter, emedan terapeuternas verksamhet skall utövas efter anvisning av läkare och är avsedd att utgöra ett led i sjukvården. Utredningen medgiver däremot, att det vore lyckligt, om man kunde finna en lämpligare tjänstebeteckning än arbetsterapeut. Instruktör torde dock icke heller helt täcka ifrågavarande begrepp men synes — åtminstone såsom tjänstebeteckning — vara att föredraga framför arbetsterapeut. Sistnämnda benämning har likväl ansetts böra användas i detta betänkande, emedan den är den mest vanliga i diskussionen rörande förevarande ämne och har använts i kommitténs för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningens gemensamma betänkande angående sysselsättnings- och arbetsterapi inom kroppssjukvården.

Enligt utredningens åsikt tala övertygande skäl för att jämställdhet i löneavseende bör råda ej endast mellan terapeuterna och sjukgymnasterna utan även mellan terapeuterna och avdelnings- eller över-sköterskorna respektive översköterna. Utredningen anser sålunda, att man i princip bör eftersträva enhetliga löneförmåner för sjukgymnaster, arbetsterapeuter och de befattningshavare, som närmast ansvarar för vårdavdelningarna. I enlighet härmed föreslår utredningen, att de arbetsterapeuttjänster vid de statliga sinnessjukhusen, som kräva eller närmast

äro avsedda för kvinnliga befattningshavare, tills vidare i avvaktan på resultatet av utredningen rörande likalöneprincipen, placeras i lönegrad Ca 12 eller i samma lönegrad som översköterskorna därstädes samt att de tjänster, som lämpligen böra tillsättas med manliga innehavare, placeras i lönegrad Ca 13 i likhet med översköterna vid nämnda sjukhus.

Utredningen räknar med att tre av de fem terapeuttjänster, som i kap. 6 avsetts för avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi vid större och medelstora sjukhus, böra innehavas av manliga befattningshavare, under det att övriga två tjänster kräva kvinnliga innehavare. Vid mindre sjukhus synas av motsvarande tjänster två böra tillsättas med manliga och en med kvinnlig befattningshavare. Terapeuttjänsterna för vårdavdelningar torde inom överläkaravdelningar med endast manliga patienter böra innehavas av män och motsvarande tjänster för övriga överläkaravdelningar av kvinnor.

Enligt dessa beräkningsgrunder skulle vid de statliga sinnessjukhusen erfordras omkring 80 terapeuttjänster i lönegrad Ca 13 och omkring 65 i lönegrad Ca 12.

I anslutning till det i kap. 6 framlagda förslaget, att som villkor för behörighet till tjänst såsom slöjdföreståndare uppställas godkänd examen som lärarinna i kvinnlig slöjd eller därmed jämförlig utbildning, föreslår utredningen vidare, att befattningarna av detta slag uppflyttas i lönegrad Ca 15 och därigenom givas samma löneställning som tjänsterna för lärarinnor i kvinnlig slöjd vid exempelvis statens anstalt för fallandesjuka. Denna lönegradsplacering föreslås jämväl tills vidare för föreståndarna för arbetsterapi.

I detta sammanhang vill sjukhusutredningen slutligen understryka, att inom sinnessjukvården ingår utövandet av sysselsättnings- och arbetsterapi såsom ett naturligt led i det övriga sjukvårdsarbetet och att för den skull någon särskild ersättning till sjukvårdspersonal (skötare, sköterskor m. fl.), som betros med uppgifter i detta avseende, icke bör ifrågakomma.

Kap. 8. Ersättning till patienter för utfört arbete m. m.

Nuvarande förhållanden. Jämlikt 81 § sinnessjukvårdsstadgan gäller vad avser de statliga sinnessjukhusen, att sjukhuscheferna må tilldela patienter flitpenningar enligt de närmare föreskrifter, medicinalstyrelsen äger meddela i detta avseende. I cirkulärskrivelse den 12 december 1930 har medicinalstyrelsen med stöd härav föreskrivit följande.

Arbetande kroniskt sjuka, vilka antagas icke kunna bereda sig trevnad eller nytta av kontanta medel, eller intagna, vilkas arbetsprestationer äro av ringa betydelse, böra erhålla endast flitportion. Övriga arbetande intagna må därutöver för arbete för sjukhusets räkning, vartill är att hänföra jämväl arbete, som vid kontrollerad familjevård kommer vårdaren tillgodo, erhålla flitpenningar.

Flitpenningar skola beräknas efter ett belopp för fullt dagsverke, som må bestämmas till 10, 20, 30 eller undantagsvis 40 öre, allt efter arbetets art och utförande. Anses i särskilt fall skäl föreligga för högre ersättning, må framställning därom göras hos medicinalstyrelsen.

Intjänade flitpenningar må av den, som vistas å sjukhuset eller i kontrollerad familjevård, användas allenast i den omfattning och på det sätt, sjukhuschefen bestämmer. Därvid må flitpenningsmedel uttagas endast i samband med utgift, så att kapitalisering av uttagna medel ej uppstår.

Utskrives någon på försök, må till den utskrivne eller till förmyndare eller god man för honom av hans innestående flitpenningar utbetalas vad sjukhuschefen bestämmer; är utskrivningen slutgiltig, skall i samma ordning utbetalning ske av hela det ifrågavarande beloppet.

Avlider intagen, skall honom gottskriven flitpenningbehållning tillfalla sjukhuset.

Genom cirkulärskrivelse den 10 februari 1948 har medicinalstyrelsen dock numera medgivit, att flitpenningar — utan hänvändelse till styrelsen — undantagsvis må beräknas efter belopp upp till 80 öre.

Anmärkas må, att krisårens anslagsbegränsning medfört, att man vid sjukhusen sett sig nödsakad i viss omfattning helt upphöra att tillgodoskriva patienter flitpenningsberättigande dagsverken och begränsa utbetalningarna av flitpenningar för tidigare fullgjorda dagsverken. Under de senaste åren ha flitpenningarna intill 60 à 70 % utgått med 10 öre per dag. Omkring 25 % ha uppgått till 20 öre. Endast i undantagsfall ha patienter varit tillerkända ersättning med högre belopp. Genom penningvärdets fall, sedan tillämpade ersättningsbelopp fastställdes, ha flitpenningarna ytterligare förlorat sin betydelse såsom uppmuntran för arbete. Fr. o. m. den 1 juli 1947 ha emellertid betydligt höjda anslag för ändamålet ställts till sjukhusens förfogande, i samband varmed ovannämnda förhöjning av maximibeloppet för flitpenningar medgivits.

Vid den praktiska tillämpningen av nyss återgivna bestämmelser ha ej enbart patienternas flit och skicklighet i arbete varit avgörande. Man har ansett sig också böra taga hänsyn till deras olika behov av medel, och den närmaste orsaken härtill torde vara att sjukhusen sakna andra resurser att bistå obemedlade patienter. Flitpenningarna ha därför icke helt karaktären av ersättning för arbetsprestation eller arbetsvillighet.

Vid storstädernas sinnessjukhus utgår ersättning av ifrågavarande slag enligt i stort sett samma grunder som vid de statliga sjukhusen.

Sjukhusutredningens synpunkter. I det av kommittén för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningen gemensamt utarbetade betänkandet angående sysselsättnings- och arbetsterapi har man utgått från att någon ersättning för arbete icke skulle utgå till patienter vid kroppssjukhusen, men att de skola kunna beredas viss förtjänst genom försäljning av deras produkter. Enligt utredningens uppfattning bör emellertid förevarande spörsmål för sinnessjukhusens del bedömas från delvis andra utgångspunkter. Såsom av det föregående framgår pläga också patienterna vid dessa sjukhus sedan gammalt uppmuntras till arbete genom vissa naturaförmåner och penningmedel.

Inom sinnessjukvården är det av största vikt, att patienterna åstadkomma

påtagliga, goda arbetsresultat, emedan det till stor del är just dessa synliga bevis på förmåga, som hos psykiskt sjuka medföra terapeutisk effekt. Denna förstärkes ytterligare genom det erkännande av prestationsförmågan, som en ersättning för arbetsresultatet utgör. För kroppsligt sjuka är det vanligtvis närmast sysselsättningen — rörelserna och förströelsen därigenom — som är värdefull ur terapeutisk synpunkt. Arbetsprodukten har där ej samma primära betydelse.

Vidare föreligger inom sinnessjukvården större behov av att genom ersättning hålla patienternas intresse för sysselsättningen levande, emedan vårdtiden vid sinnessjukhusen för den största delen av klientelet är avsevärt längre än vid kroppssjukhusen. Helt naturligt är det också svårt och ofta omöjligt att övertyga en sinnessjuk om att sysselsättningen är en behandlingsform och ej enbart arbete för sjukhusets räkning. Ersättningen är därjämte vanligtvis av större ekonomisk betydelse för patient vid sinnessjukhus än för patient vid kroppssjukhus, beroende på dels nyssnämnda skillnad i fråga om vårdtid dels ock det förhållandet, att fattigdom i stor utsträckning åtföljer sinnessjukdom.

De skäl, som kunna åberopas för ersättning för arbete till patienter, äro sålunda beträffande sinnessjukhusen betydligt starkare än i fråga om kroppssjukhusen. Erfarenheten har också visat betydelsen av sådan ersättning inom sinnessjukvården för att stimulera patienternas intresse för arbete. Sålunda ha exempelvis de begränsade ersättningsmöjligheterna under senare år i hög grad verkat hämmande på arbetsvilligheten.

Utredningen förutsätter för sin del, att ersättning eller uppmuntran av ifrågavarande slag i annan form än penningar icke bör ifrågakomma. Å ena sidan är det nämligen angeläget, att de former, under vilka sysselsättningen bedrives, i möjligaste mån överensstämma med formerna för arbete i öppna arbetsmarknaden, och därför bör också ersättningen, liksom lön till anställda, fastställas och utgå i penningar. Å andra sidan får tilldelning av naturaförmåner (extra kost — flitportion, flitkaffe m. m. — och utdelning av tobak, sötsaker etc.) i syfte att öka patienternas arbetslust numera anses vara ur olika synpunkter olämplig och bör därför icke längre få förekomma.

Enligt utredningens mening skall liksom nu arbete, som patienter utföra på för dem tillämpad arbetstid, i regel anses ske för sjukhusens eller, då det är fråga om patient i familjevård, vederbörande vårdares räkning. Icke desto mindre bör det som f. n. vara överläkarna obetaget att låta patienter arbeta för egen räkning. I sådana fall skall dock helt naturligt någon ersättning av sjukhuset ej ifrågakomma. För att sådan skall utgå synes *i princip* böra krävas att arbetet har till *syfte* arbetsresultat av ekonomiskt värde för sjukhuset samt att det utföres enligt anvisning eller efter medgivande av befattningshavare, som omhänderhar ledningen av eller överinseendet över vederbörande patients sysselsättning.

Sinnessjukhusens patienter kunna ofta icke själva rätt bedöma värdet av

sina arbetsprestationer. Ur terapeutisk synpunkt är det emellertid angeläget, att de bemöda sig åstadkomma goda resultat, och för den skull bör man ej underlåta att stimulera deras ansträngningar härför. På grund härav anser utredningen, att viss ersättning också skall utgå i fall, där den uppenbarligen stimulerar arbetsvilja och flit, även om vederbörande patient icke lyckas åstadkomma arbetsresultat av nämnvärt ekonomiskt värde.

Nu angivna normer torde böra följas för att giva patientsysselsättningen den inriktning, som eftersträvas, ävensom för att ersättningarna skola bibehålla karaktären av belöning för arbetsresultat och förmåga att stimulera till sådana.

Ersättningarna i fråga synas av psykologiska skäl även böra givas en benämning, som mer än den nuvarande — flitpenningar — framhäver deras karaktär av belöning för utfört arbete, förslagsvis *arbetspremier*.

För att man på ändamålsenligt sätt skall kunna utnyttja arbetspremierna såsom psykoterapeutiska hjälpmedel måste de i viss mån individuellt avvägas efter vederbörandes arbetsinsats. Då det lämpligen kan ske, bör i sådant syfte ackordssystem tillämpas. Sjukhusen böra alltså äga rätt att tilldela patienter *ackordspremier*. Några generella normer eller taxor för ersättning av detta slag böra icke på förhand fastställas utan torde få successivt utformas i samband med praktisk tillämpning av systemet.

I flertalet fall torde dock tillämpning av ackordspremier icke vara möjlig eller lämplig, utan ersättningsbeloppen måste bestämmas per viss tidsenhet. Då bör avvägning ske i förhållande till arbetets art — högre premie för kvalificerat eller tyngre arbete samt lägre för enklare eller lättare arbete — i relation till de normer, som gälla på allmänna arbetsmarknaden. Hänsyn torde i viss mån jämväl böra tagas till den effektiva arbetstiden i de olika fallen. Sysselsatta patienter arbeta nämligen långt ifrån alltid under hela den som »arbetstid» avsedda delen av dagen, och det ligger i sakens natur, att arbetstidens längd i princip bör individuellt avpassas. Då tillämpning av timpenning skulle innebära stora praktiska svårigheter och bl. a. medföra ett alltför betungande bokföringsarbete, förordar utredningen, att man räknar med såväl dagspenningbelopp (*heldagarspremier*) som premier, avseende arbete under ungefär halv för det stora flertalet patienter normal arbetstid (*halvdagarspremier*). Dessa böra utgöra hälften så stora belopp som förstnämnda premier.

För att arbetspremierna skola utgöra ett effektivt stimulerande medel vid utövandet av sysselsättnings- och arbetsterapien erfordras vidare, att de erhålla ett betydligt högre ekonomiskt värde än de nuvarande flitpenningarna som genom sina låga belopp i åtskilliga fall föranlett irritation. Med hänsyn till det behov av arbetskraft, som patienterna i realiteten fylla, få högre ersättningar anses motiverade jämväl ur skälighetssynpunkt. Yrkanden därom ha också vid upprepade tillfällen framställts, bl. a. i form av motioner i riksdagen.

Med beaktande av det anförda har sjukhusutredningen funnit sig böra förordar, att högsta heldagspremien vid nuvarande penningvärde bestäm-

mes till två kronor. Därvid har räknats med att patienternas arbetsdag vanligtvis omfattar sex timmar. Den däremot svarande halvdagspremien — för omkring tre timmars arbete — skulle då utgöra en krona. Såsom villkor för att komma i åtnjutande av dessa högsta premier bör gälla, att vederbörande patient utför ett arbete, för vilket särskild personal i annat fall skulle ha anlitats eller som eljest är uppenbarligen värdefullt. Då dessa villkor ej uppfyllas, men arbetsresultaten dock äro av visst ekonomiskt värde, böra enligt utredningens mening heldagspremierna utgå med 1 krona 50 öre eller 1 krona och halvdagspremierna med 75 eller 50 öre. Ytterligare gradering förefaller ej erforderlig och skulle komplicera det med premierna förenade bokföringsarbetet.

Vad därefter angår sådan premie, som skulle utgå i de fall, där den uppenbarligen stimulerar arbetsvilja och flit, men patienterna likväl icke lyckas åstadkomma arbetsresultat av nämnvärt ekonomiskt värde, synas skäl icke förefinnas för någon gradering eller åtskillnad mellan hel- och halvdagspremie. För att premie av detta slag skall tjäna sitt ändamål torde den f. n. böra bestämmas till förslagsvis 50 öre. För att komma i åtnjutande av denna lägsta premie bör fordras, att vederbörande patient under ej alltför kort tid av dagen ägnat sig åt arbete för sjukhusets räkning.

I de fall ackordspremier tillämpas, böra dessas belopp avvägas med hänsyn tagen även till storleken av hel- och halvdagspremierna.

Genomförande av sjukhusutredningens i detta kapitel framlagda förslag skulle medföra betydande merutgifter för sjukhusen i form av ersättningar till patienter för utförda arbeten. För de statliga sjukhusens del kunna dessa merutgifter beräknas uppgå till sammanlagt omkring en miljon kronor per år. De kunna dock förmodas bliva till stor del kompenserade genom att ökade arbetsprestationer därigenom skulle komma sjukhusen tillgodo. Utredningen åsyftar vidare att möjligheter därigenom skulle skapas för patienterna att genom arbete bereda sig besparingar för utgifter i samband med och efter utskrivning. I många fall äro de nämligen då helt utblottade och hänvisade till det allmännas hjälp. Ekonomiska svårigheter fördröja ofta utskrivningen och utgöra icke heller sällan bidragande orsak till förnyat insjuknande och behov av återintagning på sjukhus. Den föreslagna förhöjningen skulle sålunda enligt utredningens avsikt tillika utgöra ett led i erforderlig utbyggnad av eftervården av sinnessjukhusens patienter och beräknas medföra besparing av andra utgifter för samhället — understöd o. d. i olika former.

Utredningen utgår från att liksom nu överläkarna skola utöva beslutanderätten i fråga om ersättning för arbete. De befattningshavare, som närmast handha ledningen av sysselsättningen böra i regel avgiva förslag om till vilka patienter och med vilka belopp premier skola utgå. I enlighet härmed skulle arbetsterapeuterna, slöjdföreståndarna och hantverksföreståndarna upprätta dessa förslag beträffande patienter, sysselsatta inom vårdavdelningar, avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi samt verkstäder. Beträffande

övriga — inom ekonomiavdelningar, utomhus etc. — arbetande patienter torde lämpligen föreståndarna för arbetsterapi eller — vid sjukhus utan sådana föreståndare — befattningshavare, hänförliga till uppsyningspersonalen (avdelningsföreståndare, jfr kap. 10), böra i samråd med vederbörande arbetschef (köksföreståndare etc.) föreslå premierna. Föreståndarna för arbetsterapi böra, bl. a. för vinnande av enhetlighet, granska de förslag, som upprättas av andra befattningshavare, och inför vederbörande överläkare anföra de erinringar, som kunna föranledas därav.

Enligt utredningens mening böra sjukhusdirektionerna äga att på förslag av överläkare medgiva undantag från eller jämkningar av normerna för tilldelningen av arbetspremier i fall, där särskilda skäl med avseende å patients hälsotillstånd eller vård härför kunna åberopas. Likaså bör det ankomma på direktionerna att bestämma ackordspremiernas belopp.

Jämlikt medicinalstyrelsens inledningsvis återgivna cirkulärskrivelse äro intjänade flitpenningar ej i juridisk mening vederbörande patients egna medel. Han äger bl. a. icke rätt att utfå dem vid eller efter utskrivning från sjukhuset i vidare mån än sjukhuschefen — eller enligt delegation annan överläkare — bestämmer, och dennes beslut därom kan i många fall vara beroende av sådana omständigheter som sjukhusets tillgång på anslagsmedel för ändamålet vid tidpunkten ifråga.

För att arbetspremierna skola kunna tjäna det syfte, som sjukhusutredningen förordat, torde de, i motsats till nuvarande flitpenningar, böra givas karaktären av patienternas enskilda egendom. Av naturliga skäl kan likväl patient under vistelse vid sjukhuset eller i familjevård och under utskrivning på försök — i likhet med vad som gäller rörande flitpenningar — icke tillerkännas rätt att använda arbetspremiemedel på annat sätt än den för hans vård ansvarige läkaren medgiver. Då det gäller patient, som vistas i familjevård eller är försöksutskriven, bör därvid samråd äga rum med vederbörande hjälpverksamhetsläkare.

För att såsom avses genom det föreslagna ersättningssystemet i någon mån undanröja patienternas ekonomiska svårigheter vid och under den närmaste tiden efter utskrivning från sjukhusen måste viss del av arbetspremierna sparas för detta ändamål. För den skull föreslår utredningen, att patient i regel skall äga rätt att under vistelse vid vederbörande sjukhus eller i familjevård disponera endast hälften, dock minst 50 öre per arbetsdag, av intjänade arbetspremier. I de fall premie ej utgår med högre belopp än 50 öre per arbetsdag, bör det bero på den för vården ansvarige läkarens avgörande, huruvida hela beloppet eller endast en del därav må disponeras. Nyssnämnde läkare — i samråd med vederbörande hjälpverksamhetsläkare — torde också böra avgöra huru stor del av innestående arbetspremiemedel, som må uttagas vid och under försöksutskrivning.

Därest arbetspremierna givas karaktären av patienternas enskilda egendom, torde de på samma sätt som ersättningar för arbete till de å fängvårdsan-

stalter intagna genom bestämmelse i lag skyddas mot att tagas i mät för gäld, åtminstone under patientens livstid.

I kap. 10 har redogjorts för huru utredningen tänkt sig bokföringen och redovisningen av ifrågavarande medel.

Utredningen vill understryka, att vad nu föreslagits för att minska patienternas svårigheter vid och efter utskrivningen från sjukhusen icke kan anses vara tillfyllest. Ytterligare åtgärder i detta syfte synas erforderliga. Då emellertid dessa spörsmål närmast äro hänförliga till eftervården av sinnessjuka, torde de komma att upptagas till behandling i samband med pågående utredning beträffande bl. a. den öppna sinnessjukvårdens ordnande.

Inledningsvis har nämnts att vid tilldelningen av flitpenningar hänsyn f. n. tages ej enbart till flit och skicklighet utan också till patienternas olika behov av penningmedel. Ehuru flitpenningarnas verkan såsom uppmuntran för utfört arbete därigenom avsevärt reducerats, har detta förfaringssätt dock varit till sjukvårdens fromma, då de irritationsmoment, som obemedlade patienters avsaknad av ekonomiska resurser utgjort, därigenom eliminerats.

I den händelse utredningens förslag angående arbetspremier kommer att genomföras, böra emellertid patienternas behov av medel icke få inverka på tillerkännandet av sådana premier. Frågan har i viss mån kommit i annat läge genom de ökade folkpensionerna. Sjukhusen böra dock beredas viss *möjlighet att ekonomiskt bistå patienter, som på grund av sitt hälsotillstånd icke kunna arbeta och helt sakna medel.* Utredningen vill därmed åvägabringa möjligheter att för vederbörandes räkning göra smärre inköp eller till honom lämna mindre belopp såsom fickpenningar, dock endast i den mån det är motiverat ur vårdsynpunkt och utgiften på grund härav bör inrymmas i kostnaderna för vården vid sjukhuset och ersättning för densamma icke lämpligen kan avkrävas försörjningspliktig eller fattigvårdsmyndighet.

Dessa förmåner skulle sålunda utgöra ett komplement till arbetspremie-systemet, och utredningen föreslår, att de regleras på så sätt, att värdet av inköp och fickpenningar per patient maximeras till hälften av det belopp, som patient med folkpension minst äger uppbära av denna pension. Med utgångspunkt från de bestämmelser om folkpension, som trätt i kraft den 1 januari 1948, skulle vid sådant förhållande ifrågavarande inköp och fickpenningar per patient få uppgå till högst 24 kronor per kalenderkvartal under tiden den 1 januari—den 30 september och till 28 kronor under årets sista kalenderkvartal. Det torde böra ankomma på den för sjukvården ansvarige läkaren att i samråd med vederbörande avdelningsföreståndare (jfr kap. 10) och, i den mån så befinnes ändamålsenligt, med befattningshavare inom hjälpverksamheten i varje särskilt fall närmare bestämma i vilken omfattning och för vilket ändamål förmån, varom här är fråga, må utgå.

Utredningen räknar med att förmåner av nu angiven art skulle komma att utgå endast i ett fåtal fall, emedan patienter med egna medel — i form av

lön, intjänade arbetspremier, folkpension eller annan pension, understöd eller gåvor från enskilda eller myndigheter eller eljest — icke skulle vara berättigade därtill.

F. n. disponera sjukhusen vissa anslagsmedel för inköp av tobak, sötsaker m. m. för utdelning till patienter. Dispositionen därav är icke närmare reglerad. Vid genomförande av ovan föreslagna ordning böra anslagsmedel för sådana ändamål icke vidare anvisas för annat än inköp av julklappar till patienter. Gåvor av detta slag ha nämligen psykologiskt sett visat sig vara av stor betydelse för dessa sjuka, som i så stor utsträckning äro övergivna av anhöriga och vänner.

Förslag till föreskrifter. I anslutning till det anförda får sjukhusutredningen för de statliga sinnessjukhusens del föreslå, att följande föreskrifter meddelas angående dels arbetspremier, dels ock disposition av anslagsmedel, som anvisas för inköp och fickpenningar till ej arbetsföra, obemedlade patienter.

Föreskrifter angående arbetspremier till patienter vid sinnessjukhus.

1 §.

Patient, vilken enligt anvisning eller medgivande av befattningshavare, som har ledningen eller överinseendet över hans sysselsättning, arbetar för sjukhusets räkning, äger uppbära arbetspremie enligt vad nedan stadgas.

Samma gäller för patient i familjevård, som enligt anvisning eller medgivande av vårdaren arbetar för dennes räkning.

2 §.

Om arbetsresultat av ekonomiskt värde åstadkommes, utgår arbetspremie med något av följande belopp per arbetsdag:

Heldagspremier	Halvdagspremier
2 kronor	1 krona
1 krona 50 öre	75 öre
1 krona	50 öre

Halvdagspremierna avse arbete under sammanlagt ungefär tre timmar av dagen.

Heldagspremie à 2 kronor eller halvdagspremie à 1 krona må utgå endast till patient, som utför fullgott arbete, för vilket särskild personal eljest skulle ha anlitats, eller som eljest är uppenbarligen värdefullt.

För arbete, genom vilket åstadkommes resultat av mindre ekonomiskt värde än ovan angivits, må utgå heldagspremie med 1 krona och halvdagspremie med 50 öre, eller undantagsvis, för kvalificerat eller särskilt betungande arbete, med 1 krona 50 öre resp. 75 öre.

3 §.

Även om arbetsresultat av nämnvärt ekonomiskt värde ej åstadkommes genom arbete, som i 1 § angivits, må arbetspremie utgå med 50 öre per arbetsdag, om denna uppenbarligen stimulerar patientens arbetsvilja och flit. För att sådan arbetspremie skall utgå förutsättes, att patienten under ej alltför kort tid av den dag premien avser efter förmåga ägnat sig åt arbetet.

4 §.

Arbetspremie må ock utgå på så sätt, att viss ersättning bestämmes per arbetsprestation (ackordspremie). Beloppen för ersättningar av detta slag för olika arbeten skola bestämmas av sjukhusets direktion, varvid vederbörlig hänsyn även bör tagas till storleken av de i 2 § angivna premierna.

5 §.

Sjukhusets direktion äger att i fall, där särskilda skäl med avseende å patientens hälsotillstånd eller vård kunna åberopas, på förslag av vederbörande överläkare göra undantag eller jämkning beträffande tillämpningen av ovanstående föreskrifter. Dock må patient ej utan medicinalstyrelsens medgivande tilldelas heldagspremie med högre belopp än 2 kronor eller halvdagspremie med högre belopp än 1 krona.

6 §.

Vederbörande arbetsterapeuter, slöjdföreståndare och hantverksföreståndare skola upprätta förslag beträffande arbetspremier till patienter, som arbeta inom vårdavdelningar, avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi resp. verkstäder.

Det åvilar föreståndare för arbetsterapi eller vid sjukhus, där sådan befattningshavare icke finnes, avdelningsföreståndare att granska dessa förslag och därvid bl. a. tillse, att största möjliga enhetlighet uppnås beträffande tillämpningen av ovanstående föreskrifter.

Föreståndare för arbetsterapi resp. avdelningsföreståndare skall i samråd med vederbörande arbetschef (köksföreståndare etc.) upprätta förslag beträffande arbetspremier till patienter, som ej arbeta under ledning av arbetsterapeuter, slöjdföreståndare eller hantverksföreståndare.

7 §.

Under vistelse vid sjukhuset eller i familjevård må av intjänad arbetspremie disponeras högst hälften, dock minst 50 öre per arbetsdag. Uppgår sådan premie icke till mer än 50 öre, ankommer det på den för patientens vård ansvarige läkaren att avgöra, huruvida hela premien eller endast en del därav må disponeras. Denne läkare skall i samråd med vederbörande hjälpverksamhetsläkare även avgöra huru stor del av inestående arbetspremiemedel, som må uttagas vid och under försöksutskrivning. Han må ock i undantagsfall, då särskilda skäl därtill finnas, medgiva undantag från ovan stadgad begränsning av dispositionsrätten.

Under vederbörande patients vistelse vid sjukhuset må hans arbetspremiemedel ej användas på annat sätt eller för andra ändamål än nyssnämnde läkare medgiver. Samma gäller under patientens vistelse i familjevård och under hans försöksutskrivning. I sådana fall bör dock den för sjukvården ansvarige läkaren i erforderlig utsträckning samråda med vederbörande hjälpverksamhetsläkare beträffande angelägenheter av ifrågavarande art.

8 §.

Vid utskrivning skola innestående arbetspremiemedel utbetalas till patienten eller förmyndare eller god man för honom eller, i händelse av patientens död, till den som förvaltar hans dödsbo.

9 §.

Om bokföring och redovisning av arbetspremiemedel gälla särskilda föreskrifter.

I enlighet med vad ovan anförts får utredningen vidare föreslå sådan lagändring, att patienternas arbetspremiemedel på ändamålsenligt sätt skyddas mot att tagas i mät för gäld.

Föreskrifter angående disposition av anslagsmedel för inköp och fickpenningar till ej arbetsföra, obemedlade patienter vid sinnessjukhus.

Allt efter vederbörande överläkares medgivande i varje särskilt fall må inköp ske eller fickpenningar utgå till ej arbetsföra, obemedlad patient i den mån så är påkallat ur vårdsynpunkt, dock sammanlagt högst intill ett belopp av 24 kronor per kalenderkvartal under tiden den 1 januari—den 30 september och intill ett belopp av 28 kronor under tiden den 1 oktober—den 31 december.

Med obemedlad patient skall förstås den, som icke har enskilda medel — i form av lön, intjänade arbetspremier, folkpension eller annan pension, understöd eller gåvor från enskilda, myndigheter eller eljest — uppgående till ovan nämnda belopp. Genom intyg av förmyndare, fattigvårdsstyrelse, landsfiskal, stadsfiskal eller två trovärdiga män skall vara styrkt, att vederbörande saknar medel, som ovan sagts.

Avd. III.

Sjukvårdsarbetets organisation.

Kap. 9. Arbetsfördelningen.

Allmänna synpunkter. För att ernå en ändamålsenlig arbetsfördelning, vilket är en grundläggande förutsättning för att en verksamhet skall kunna anses rationellt ordnad, bör man i regel eftersträva att fördela arbetsuppgifterna enligt vertikal princip eller på så sätt, att varje person utför endast ett visst begränsat led i verksamheten. Därigenom skapas möjligheter att på bästa sätt fördela arbetet efter svårighetsgrad på olika kvalificerad arbetskraft. Av särskild betydelse är att man därigenom kan bättre hushålla med samt effektivare tillvarata speciellt utbildad och erfaren personal än vid tillämpning av horisontell princip i arbetsfördelningen, då samma person utför såväl kvalificerade som okvalificerade led i ett arbetsförlopp. En rationell fördelning av göromålen med hänsyn till befattningshavarnas utbildning och erfarenhet är förmånlig även ur den synpunkten, att trivseln i arbetet befrämjas. Varje befattningshavare är i allmänhet mest tillfreds, om han helt får ägna sig åt uppgifter, som han är förtrogen med.

En arbetsfördelning enligt vertikalprincipen underlättar dessutom delegering av ansvaret, vilket är betydelsefullt, icke minst för att hålla befattningshavarnas intresse för arbetsuppgifterna levande. Å andra sidan bör nyanskaffning av personal samt handläggning av frågor om befattningshavarnas placering och andra personalärenden i görligaste mån centraliseras för att möjliggöra disposition av tillgänglig arbetskraft på det för verksamheten — såsom helhet betraktad — bästa sättet.

Med utgångspunkt från det anförda har sjukhusutredningen funnit sig böra förorda vissa förändringar beträffande organisationen för sjukvårdsarbetet vid sinnessjukhusen, bl. a. i syfte att i viss utsträckning avlasta de för detta arbete avsedda och utbildade befattningshavarna uppgifter, som icke ha karaktär av egentligt sjukvårdsarbete.

Viss revision av arbetsfördelningen inom sjukhusens kontor synes även påkallad. Det förefaller nämligen som om de kvalificerade tjänstemännen borde avlastas en del enklare arbetsuppgifter, och för en mängd av dessa uppgifter torde den för förvaltningstjänstemännen vid de statliga sjukhusen stipulerade utbildningen icke vara erforderlig. Utredningen anser sig emellertid icke ha anledning att närmare ingå på dessa spörsmål i förevarande sammanhang, enär den omreglering av formerna för nyanställning och befordran av lägre kontorspersonal vid nyssnämnda sjukhus, som skett fr. o. m. den 1 juli 1947, kan förväntas medföra en rationalisering av ovan åsyftad innebörd. Utredningens synpunkter på kontorsarbetet vid sinnessjukhusen i övrigt

komma att redovisas i en särskild promemoria angående statistik, bokföring, redovisning och blanketter.

Utredningen kan vidare här ej ingå på arbetet inom ekonomiavdelningar, då även detta i huvudsak är avsett att behandlas i andra sammanhang. Beträffande driften av verkstäder och arbetssalar har utredningen icke heller något väsentligt att anföra i detta kapitel, vilket sålunda begränsas att avse enbart sjukvårdsarbetet. Spörsmål rörande arbetsfördelningen, vilka ha samband med uppsyningspersonalens organisation, hänskjutas dock till näst följande kapitel, där hela detta ämne avhandlas.

Läkarnas skriv- och expeditionsgöromål. I ännu högre grad än vid kroppssjukhusen är vid sinnessjukhusen läkarnas arbete förenat med skrivgöromål. Till stor del kan detta ej undvikas med hänsyn till den retentionsrätt gentemot patienterna, som ingår såsom ett led i sinnessjukvården. Men även om man bortser från detta förhållande, kräver sinnessjukvården skrivarbete i större utsträckning än kroppssjukvården.

F. n. finns i regel vid varje statligt sinnessjukhus endast en fast anställd befattningshavare för skrivgöromål för läkarexpeditionernas räkning. Vid vart och ett av de största sjukhusen finns dock därjämte ett extra biträde för skrivhjälp åt läkarna. De fast anställda befattningshavarna äro vanligtvis ordinarie kanslibiträden i lönegraden Ca 11, men vid några av de mindre sjukhusen äro de kontorsbiträden i högst lönegraden Ca 8 och disponeras till en del av sjukhuskontoren. Dessa befattningshavare utföra i främsta rummet skrivgöromål o. d. för direktionernas och sjukhuschefernas räkning. Vanligtvis medhinna de ej att i nämnvärd utsträckning biträda övriga läkare. I den mån extra skrivbiträden finnas, äro dessa praktiskt taget helt sysselsatta med skrivarbeten för överläkares räkning. Vid vissa av storstädernas sinnessjukhus råda likartade förhållanden.

För att kunna bilda sig en närmare uppfattning om bl. a. behovet av skrivhjälp åt läkarna har sjukhusutredningen inhämtat vissa uppgifter och uttalanden från de ordinarie läkarna vid samtliga statens och storstädernas sinnessjukhus angående deras expeditionsarbete. Därvid ha av 50 överläkare 30 förklarat sig ha erforderlig skrivhjälp. Av 78 förste- och andreläkare anse sig endast 13 ha sådan arbetskraft till sitt förfogande i tillräcklig omfattning. Något mer än 65 % av samtliga läkare, som uttalat sig, och närmare 85 % av förste- och andreläkarna anse sig sålunda belastade med göromål, som skulle kunna utföras av skrivbiträdespersonal.

Förutom krav på ökat antal skrivbiträden ha läkarna framhållit önskvärdheten av att större möjligheter till diktamen beredas dem. Endast omkring 18 % ha f. n. tillgång till stenograf. Huvudparten av de tillfrågade läkarna ha också förklarat sig utan svårighet till stora delar kunna diktera vad de nu själva nödgas skriva, och av 80 läkare ha 60 räknat med en tidsvinst av mellan en och tre timmar per dag, därest de bereddes diktamensmöjligheter. Av de 106 läkare — ca 80 % — som icke ha stenografer till sitt förfogande,

ha 77 uttryckligen anført önskemål om tillgång till sådana, under det att något mer än ett tiotal förklarar sig föredraga tillgång till diktafon. Några läkare anse, att tillgång till såväl stenograf som diktafon bör finnas.

Sjukhusutredningen finner det ur sjukvårdssynpunkt angeläget, att läkarnas arbetskraft i möjligaste mån tillvaratages för deras väsentliga uppgifter — diagnostik och terapi — och icke tages i anspråk för tidsödande rutinmässiga expeditionsgöromål, som kunna fullgöras av biträdespersonal. En arbetsavlastning på sådan personal är icke minst betydelsefull ur den synpunkten, att den utökning av läkarkrafterna, som är nödvändig för effektivisering av sjukvården, därigenom åtminstone tills vidare synes kunna begränsas till vad utredningen i annat sammanhang förordar, eller en läkare per 100 à 125 patienter.

Med stöd av det anförda föreslår sjukhusutredningen, att normalorganisationen i fråga om skrivpersonal för läkarnas räkning utökas på så sätt, att *varje* överläkaravdelning får ett fast anställt biträde för registrering, patientbokföring och andra skrivgöromål. Vid de statliga sinnessjukhus, som äro primärsjukhus, böra dessa biträden å sjukhuschefernas avdelningar med hänsyn till göromålens art genomgående vara ordinarie kanslibiträden. Detta innebär, att kontorsbiträdesbefattningarna vid sjukhus med endast en överläkaravdelning skulle utbytas mot kanslibiträdestjänster. Skäl för detta utbyte torde finnas redan under nuvarande förhållanden, emedan någon kvalitativ skillnad mellan det med ifrågavarande kontorsbiträdestjänster förenade arbetet och det arbete, som åvilar kanslibiträdena vid de större sjukhusen av samma slag, icke föreligger. I båda fallen åligger det dessa biträden att utföra — förutom rutinmässiga skrivgöromål — diariieföring, registrering m. m. för såväl direktionernas som sjukhuschefernas räkning samt att handhava patientbokföringen och biträda överläkarna med fullgörandet av deras rapportskyldighet till olika myndigheter. Vid fristående sekundärsjukhus och sjukhus, som disponeras för sinnesslövärd, kan däremot motsvarande expeditionsarbete ej anses vara lika kvalificerat. Till följd av den avsevärt mindre patientomsättningen består arbetet vid dessa sjukhus till betydligt större del av rutinmässiga skrivgöromål.

För de fast anställda biträdena inom andra överläkaravdelningar än sjukhuschefernas vid de statliga sinnessjukhusen med egna upptagningsområden föreslår utredningen, att kontorsbiträdesbefattningar inrättas.

För behörighet till befattning såsom kansli- eller kontorsbiträde vid de statliga sinnessjukhusen erfordras enligt därom meddelade bestämmelser — senast i kungligt brev den 29 juni 1945 — att ha undergått minst realexamen eller erhållit avgångsbetyg från högsta klassen å flickskolelinjen vid statens normalskola i Stockholm eller med denna i fråga om kompetensvärdet av avgångsbetyg jämställd skola ävensom att äga kunskap i maskinskrivning. Med hänsyn till angelägenheten av att läkarna — förutom föreslagen utökning av biträdespersonalen — också givas förbättrade diktamensmöjligheter föreslår utredningen, att behörighetsvillkoren för ifrågavarande personal skärpas

på så sätt, att utöver ovan angivna allmänna skolunderbyggnad fordras »god färdighet i maskinskrivning och kunnighet i stenografi».

Erfarenheter vid vissa sjukhus samt på utredningens initiativ anordnade försök vid Psykiatriska sjukhuset i Stockholm ha visat, att ökad möjlighet till diktamen genom tillgång till diktafoner av moderna typer även kan innebära väsentlig tidsbesparing för läkarna. För den skull vill utredningen förordna, att sådana i viss utsträckning tillhandahållas. Då det emellertid kan förmodas, att användning av diktafon — åtminstone till en början — kommer att bereda en del läkare svårigheter, är viss återhållsamhet i fråga om anskaffningen därav att tillråda, till dess ytterligare erfarenheter vunnits beträffande deras användning vid sinnessjukhus.

Det har visat sig vid primärsjukhus, som har två överläkaravdelningar med gemensamt kanslibiträde, att förstärkning med endast ett skrivbiträde icke varit tillräcklig för att också täcka förste- och andreläkarnas behov av skrivhjälp. Därför kan det förmodas, att ovan föreslagna normalorganisation ej i alla fall är till fyllest. Med all sannolikhet kommer ytterligare förstärkning att bli erforderlig, särskilt vid en utökning av antalet läkare och därav följande intensifiering av vården. Möjlighet bör därför stå öppen för sjukhusen att i ungefär samma utsträckning som f. n. anställa extra skrivbiträden. I förekommande fall bör dock övervägas om icke detta merbehov kan täckas genom tillhandahållande av diktafoner.

Utredningen har förordat betydande utbyggnad av den öppna sinnessjukvården — familjevård och hjälpverksamhet — och räknat med att särskild överläkartjänst för denna vård i regel erfordras vid varje statligt primärsjukhus. Några dylika tjänster finnas redan. Genom sådan utbyggnad torde den öppna vården komma att få en i förhållande till sjukhusvården mer fristående ställning än hittills och det därmed förenade, redan omfattande expeditiönsarbetet att öka. Såväl de rutinmässiga skrivgöromålen (korrespondens m. m.) som erforderliga statistik- och registreringsarbeten utföras f. n. i stor utsträckning av läkarna själva och de till verksamheten knutna, sjukvårdsutbildade föreståndarinnorna. Detta förhållande kan ej anses tillfredsställande, allra helst som dessa befattningshavares möjligheter att ägna sig åt fältarbetet därigenom avsevärt begränsas.

Icke minst för att underlätta den utveckling av ifrågavarande verksamhet, som enligt utredningens mening bör komma till stånd, framstår det som angeläget att skrivhjälp i erforderlig omfattning också tillhandahållas de särskilda hjälpverksamhetsöverläkarna. Till dess närmare erfarenhet vunnits om behovet av skrivhjälp åt dessa läkare, torde dock icke några ordinarie tjänster böra inrättas för ändamålet.

Slutligen må nämnas att de med läkarnas arbete förenade expeditiöns göromålen i en hel del avseenden synas kunna reduceras och förenklas. Till dessa spörsmål återkommer utredningen i ovannämnda promemoria angående sinnessjukhusens statistik, bokföring, redovisning och blanketter.

Personalsjukvårdens handhavande. Med stöd av gällande verksläkarkungörelse (SFS nr 424/1939) förordnar vederbörande direktion en eller i vissa fall flera av de anställda sinnessjukläkarna såsom verksläkare (personalläkare) vid varje statligt sinnessjukhus. Sådant förordnande innebär en betydande merbelastning och utgör i viss utsträckning hinder för ifrågavarande läkare att ägna sig åt sin egentliga verksamhet. Denna omständighet talar för att personalsjukvården borde överflyttas på andra läkare. Önskemål härom ha ock framkommit från personalhåll. Förmodligen skulle vidare behovet att remittera sjuka befattningshavare till lasarett m. m. i någon mån begränsas, därest inom kroppssjukvård erfarna läkare anlätades.

Ej ens vid de största sinnessjukhusen är emellertid antalet befattningshavare så stort, att särskild läkare skulle vara fullt sysselsatt med personalsjukvården. Därför är det icke befogat att inrätta särskilda tjänster för heltidsanställning av läkare med denna uppgift. Den närmast till hands liggande lösningen för att åstadkomma åsyftad arbetsavlastning för sinnessjukläkarna vore för den skull anlåtande av läkare utanför sjukhusen.

I detta sammanhang må erinras om att sjukhusutredningen i sitt utlåtande över medicinalstyrelsens 10-årsplan föreslagit, att till sinnessjukhusen skulle knytas intermedicinska specialister såsom konsulter med uppgift att där leda och övervaka somatisk undersökning och behandling. Därvid har utredningen närmast avsett läkare, som äro verksamma inom medicinska lasarettssavdelningar. Man torde emellertid icke kunna räkna med att dessa också skulle hinna ombesörja personalsjukvården. För denna vård synas därför, om avlastningssynpunkten skall tillgodoses, i främsta rummet allmänpraktiserande läkare böra ifrågakomma. På många håll torde dock svårigheter möta att anlita sådana läkare för ifrågavarande ändamål.

Obestriddligen kunna vissa sakskäl även anföras för att läkare vid sinnessjukhusen allttjämt böra handhava personalsjukvården. Denna verksamhet torde nämligen medverka till att vidmakthålla och öka dessa läkares kunskaper och erfarenheter på kroppssjukvårdens område, vilket får anses vara av vikt med hänsyn till det samband, som numera allmänt anses föreligga mellan sinnessjukvård och kroppssjukvård. Vidare äga sinnessjukläkarna mer ingående kännedom om de enskilda befattningshavarna, dessas arbetsförhållanden m. m. än läkare utanför sjukhusen i allmänhet kunna förväntas förvärva, vilket enligt utredningens mening också är betydelsefullt.

På grund av det anförda anser sjukhusutredningen, att det bör överlätas åt direktionerna att vid varje sjukhus ordna personalsjukvården på det sätt, som med hänsyn till lokala förhållanden m. m. kan anses ändamålsenligast. Genom ändring i verksläkarkungörelsen böra därför dessa myndigheter givas befogenhet att för ifrågavarande uppgift anlita icke blott läkare vid sinnessjukhusen utan även läkare utanför dessa sjukhus. Väljes den förra vägen, bör för att underlätta arbetet med personalsjukvården denna vid de större och medelstora sjukhusen enligt utredningens mening fördelas på ett flertal av de underordnade läkarna. En läkare bör i sådant fall icke handha sjukvården för personal inom mer än en överläkaravdelning.

Beträffande ersättningsvillkoren må anföras följande.

Jämlikt verksläkarkungörelsen åtnjuta de läkare vid sinnessjukhusen, som äro verksläkare därstädes, särskild ersättning endast för vård, som meddelas i befattningshavares bostad. Även om dessa läkare delvis utföra med personal-sjukvården sammanhängande arbetsuppgifter under sin vanliga tjänstgöringstid, synes det skäligt, att de medgivas särskild ersättning för detta arbete i större utsträckning än f. n. Sjukhusutredningen föreslår, att de tillerkännas ersättning enligt i stort sett samma grunder, som tillämpas för personalläkarna vid landstingens sjukhus jämlikt överenskommelse mellan landstingens centrala lönenämnd och Sveriges läkarförbund. Enligt denna överenskommelse utgår bl. a. visst arvode (f. n. 75 öre) per månad och befattningshavare, för vars sjukvård vederbörande läkare svarar. I de fall läkare utanför sjukhusen förordnas såsom verksläkare, synes till sådan läkare böra utgå ersättning enligt de grunder, som gälla för av medicinalstyrelsen förordnade verksläkare. Ett godtagande av nu föreslagna ersättningsgrunder skulle föranleda vissa ändringar i verksläkarkungörelsen.

Vissa biträdesgöromål på vårdavdelningarna. Sjukhusutredningens arbetsstudiedelegation har inom fyra lugna och fyra halvroliga vårdavdelningar för manliga patienter vid fyra olika sinnessjukhus inventerat där förekommande arbeten och konstaterat fördelningen av dagpersonalens arbetstid på dessa. I *bilaga 4* redovisas resultaten av dessa studier på så sätt, att personalens arbetstid för olika arbetsuppgifter angivits i medeltal minuter per patient och vecka. Dessutom har arbetstidens procentuella fördelning uträknats för de 12 grupper, i vilka göromålen indelats. Fördelningen av vårdpersonalens arbetstid på artskilda huvudgrupper av göromål skulle i enlighet härmed vara ungefär såsom tabell 7 utvisar.

Tabell 7. Fördelningen av sjukvårdspersonalens arbetstid på olika arbetsuppgifter jämlikt arbetsstudier inom åtta vårdavdelningar. (Uppgifterna inom parentes hänföra sig till grupperingen enligt bilaga 4.)

Arbetets art	Medeltal minuter per patient och vecka		Procentuell fördelning	
	lugna avd.	halvoroliga avd.	lugna avd.	halvoroliga avd.
A. Egentligt sjukvårdsarbete (grupperna 1-5)	254	346	49	58
B. Hygienisk vård av patienter (grupp 6) ..	17	32	3	5
C. Transporter och ärenden (grupp 7).....	29	25	6	4
D. Servering, diskning, bäddning, städning m. fl. ekonomiarbeten (grupperna 8-11)	175	170	34	28
E. Spilltid och dylikt (grupp 12)	40	29	8	5
Summa	515	602	100	100

Avdelningspersonalens arbetsuppgifter äro sålunda ur kvalitativ synpunkt tämligen olikartade och, då samtliga till vårdavdelningarna hänförliga be-

fattningar f. n. äro avsedda att innehavas av personal, som antingen besitter viss utbildning i sjukvård eller som undergår sådan utbildning, bör en översyn av ifrågavarande organisation närmast taga sikte på frågan, huruvida ej en del mindre kvalificerade göromål skulle kunna avlastas på personal utan sjukvårdsutbildning. Denna fråga är icke minst av betydelse ur ekonomisk synpunkt, emedan löneförmånerna till personal med sådan utbildning äro avpassade med hänsyn till de kvalificerade arbetsuppgifterna och det därmed för-
enade ansvaret.

Det bereder emellertid vissa svårigheter att konstatera omfattningen av de göromål, för vilka sjukvårdsutbildning verkligen är erforderlig. Personal med sådan utbildning kräves ej endast för de arbetsuppgifter, som i tabell 7 betecknats såsom egentligt sjukvårdsarbete och hygienisk vård av patienter, utan även för göromål, hänförliga till grupperna C och D, i den mån patienter, som måste övervakas och ledas av sådan personal, deltaga i dylikt arbete. Vid ledningen av denna sysselsättning bör nämligen vårdpersonalen av psykologiska skäl också delvis utföra arbetet. Ledning av patientsysselsättning genom att endast övervaka densamma och meddela instruktioner bör enligt utredningens uppfattning allenast få förekomma, då så är ofrånkomligt ur säkerhetssynpunkt.

En hel del göromål, för vilka sjukvårdsutbildning ej är erforderlig, fullgöras dock av personal med sådan utbildning utan att vara förenade med vare sig övervakning eller patientsysselsättning. Enligt de i arbetsstudierna ingående observationerna skulle detta vara fallet framför allt beträffande följande arbetsuppgifter, nämligen

- 1) ärenden till sjukhuskontor och expeditioner, laboratorium, läkemedelsförråd, annan avdelning, hämtning och avlämning av post m. m.;
- 2) vissa bäddningsarbeten, främst nybäddning i samband med intagning, förflyttning och utskrivning av patient samt justering av bäddning;
- 3) städning av vårdavdelnings bilokaler samt
- 4) sköljrums- och förrådsarbeten.

Detsamma är allt som oftast även fallet med andra arbetsuppgifter, såsom arbeten i avdelningskök, städning, ärenden och lättare transporter till ekonomiska avdelningar, förråd m. m. Jämligt arbetsstudieresultatet skulle enbart ovan under 1)–4) angivna arbetsuppgifter representera en arbetstid av sammanlagt omkring 40 minuter per patient och vecka.

Genom att i större utsträckning än som är önskvärt för ändamålsenlig arbetsledning av patienter utföra förberedelser till måltider, rutinemässig bäddning, städning o. d. reduceras sjukvårdspersonalens möjligheter att ägna sig åt de enskilda patienterna. Genom att uträtta ärenden (bud) å sjukhuskontor, laboratorium etc. avlägsnar sig denna personal dessutom från avdelningarna, där på så sätt tillgången på arbetskraft för övervakning och annat sjukvårdsarbete blir ojämn. Denna ordning innebär enligt utredningens mening å ena sidan ej ett rationellt utnyttjande av sjukhuspersonalen. Å andra sidan har utredningen framhållit angelägenheten av att sinnessjukvården

mera individualiseras och att detta påkallar en utökning av vårdavdelningarnas arbetskraft för patienternas psykiska och personliga vård. Vid sådant förhållande förefaller det naturligt, att man i första hand söker koncentrera den sjukvårdsutbildade personalens krafter på de sjukvårdande uppgifterna genom att i möjligaste mån avlasta denna personal göromål, för vilka sjukvårdsutbildning ej är erforderlig. Skälen för åtgärder av denna innebörd framträda givetvis med ännu större styrka vid genomförandet av den grundligare utbildning av sjukvårdspersonalen, som är planerad. Behovet av anställd arbetskraft för de enklare göromålen inom vårdavdelningarna kan därjämte förmodas öka. Vid intensifiering av sysselsättnings- och arbetsterapien får man nämligen, såsom i annat sammanhang nämnts, räkna med att patienterna i större utsträckning än f. n. sysselsättas utanför vårdavdelningarna. Därigenom skulle antalet med avdelningsarbete sysselsatta patienter (f. n. mellan 11 och 15 % av samtliga) bli mindre. Därtill kommer att jämväl en inriktning av sinnessjukvårdens utveckling mot intensivare vård vid sjukhusen och större omfattning av den öppna vården kan förväntas medföra minskad eller i vart fall ojämnare tillgång på patienter, som lämpligen kunna sysselsättas med arbete, avseende vårdavdelningarnas skötsel och drift.

F. n. torde sjukvårdsselever och vikarier i stor utsträckning utnyttjas för sådant arbete, för vilket sjukvårdsutbildning ej erfordras. Å ena sidan är emellertid detta förhållande mindre lämpligt, emedan deras utbildning därigenom icke koncentreras till det väsentliga sjukvårdsarbetet, och å andra sidan är sådan arbetskraft tillgänglig endast inom vissa avdelningar. I händelse av genomförande av utredningens i kapitel 13 framlagda förslag om att inrätta ett antal — förslagsvis 10 per överläkaravdelning — särskilda tjänster för att bereda fastare anställning åt ersättare för vårdavdelningarnas befattningshavare vid semester, sjukdomsfall och ledighet av annan anledning kommer därjämte antalet utbildad och oerfaren personal (vikarier) att betydligt nedbringas.

På grund av nu anförda omständigheter har sjukhusutredningen funnit sig böra föreslå, att föreliggande behov av personalförstärkning inom vårdavdelningarna delvis täckes på så sätt att ett antal biträdestjänster för icke sjukvårdsutbildad arbetskraft inrättas för dessa avdelningars räkning, på vilkas innehavare enklare göromål kunna avlastas. Dessa befattningshavare skulle i första hand utnyttjas för budskickning, för vilken patienter icke kunna komma i fråga, serverings- och städningsarbeten o. d., som icke kunna eller böra utföras av patienter under sjukvårdsutbildad personals ledning och som ej heller av särskilda skäl böra utföras av personal av sistnämnda slag.

Genom inrättande av biträdestjänster skulle sjukhusen också relativt snabbt komma att tillföras en grupp fast anställda befattningshavare, från vilken rekrytering av sjukvårdsselever och vikarier för sjukvårdspersonal i viss utsträckning med fördel skulle kunna ske.

Det må nämnas, att utredningen övervägt även andra möjligheter att fri-

göra sjukvårdsutbildad personal för egentligt sjukvårdsarbete (inrättande av budskickningscentraler m. m.), men den föreslagna organisationen har befunnits vara att föredraga. Vidare må nämnas, att städersketjänster inrättats vid Stockholms stads sinnessjukhus för ungefär samma ändamål, som utredningen avser, och att anordningen där visat sig ändamålsenlig.

Enligt ovan redovisade arbetsstudieresultat representera de göromål, för vilka de ifrågasatta biträdena till en del skulle kunna utnyttjas (grupperna C och D i tabell 7), en arbetstid av omkring 200 minuter per patient och vecka. För en avdelning med 25 patienter skulle i enlighet härmed den erforderliga personaltiden för sådant arbete uppgå till sammanlagt omkring 83 timmar per vecka eller icke fullt två befattningshavares totala arbetstid. För större avdelningar kräver givetvis samma arbete ännu längre personaltid. Med hänsyn härtill anser utredningen lämpligt, att åtminstone *ett* biträde tillhandahålles varje avdelning, som bör disponera arbetskraft av detta slag.

Det har övervägts, huruvida biträdestjänster böra inrättas för samtliga vårdavdelningar eller endast för avdelningar av vissa typer. Det förhållandet, att relativt stor reserv av sjukvårdsutbildad arbetskraft är nödvändig inom avdelningarna för oroliga patienter, talar för att personalförstärkningen inom dessa tills vidare sker uteslutande med sådan arbetskraft. På grund härav har utredningen stannat för att beräkna biträdestjänster endast för lugna och halv-oliga avdelningar men anser, att det bör stå sjukhusen fritt att disponera tillgängliga sådana tjänster även för oroliga avdelningars räkning eller eljest på sätt, som befinnes ändamålsenligt.

Ifrågavarande befattningshavare torde böra benämnas *avdelningsbiträden* och hänföras till sjukvårdspersonalen samt vid de statliga sinnessjukhusen placeras i samma lönegrad som övervägande flertalet kvinnliga ekonomibiträden vid dessa sjukhus, nämligen Ce 2. Denna löneställning överensstämmer jämväl med den som gäller för närmast jämförbara biträden vid statens kropps-sjukhus.

Enligt det anförda föreslår sjukhusutredningen, att vid vart och ett av de statliga sinnessjukhusen med egna upptagningsområden inrättas en tjänst såsom avdelningsbiträde i lönegrad Ce 2 för varje vårdavdelning för lugna eller halvroliga patienter jämte erforderligt antal sådana tjänster för ersättare för samma personal under annan ledighet än semester och tjänstledighet. Vidare föreslår utredningen, att gällande personalförteckningar för de fristående sekundärsjukhusen samt de sinnessjukhus, som disponeras för sinnesslötvård, i den mån så är möjligt med hänsyn till vårdklienteletts beskaffenhet, successivt revideras enligt samma grunder, varvid ett utbyte av skötare och sköterskor mot avdelningsbiträden i viss omfattning torde kunna äga rum. På så sätt disponibla skötar- och skötersketjänster torde lämpligen överflyttas till nytillkommande eller övriga befintliga sjukhus.

Enligt kapitel 13 har utredningen ansett sig böra förorda en ökning av personaltätheten inom vårdavdelningarna vid de egentliga sinnessjukhusen

med egna upptagningsområden, så att i genomsnitt antalet vårdplatser per befattningshavare ej överstiger 3. Därest denna förstärkning skulle ske med enbart sjukvårdsutbildad personal, komme den därav föranledda kostnadsökningen per år att bli närmare 500 000 kronor större än om förstärkningen i nu föreslagen utsträckning sker genom att anställa avdelningsbiträden.

Kap. 10. Uppsyningspersonalens organisation.

Nuvarande förhållanden. I relativt stor utsträckning råder bristande enhetlighet beträffande organisationen av uppsyningspersonalen — uppsyningsmän och föreståndarinnor — för sjukhusvården vid de statliga sinnessjukhusen, vilket framgår av tabell 8.

Tabell 8. Befattningar för uppsyningspersonal för sjukhusvården vid statens sinnessjukhus under budgetåret 1947/48.

Sjukhus	Antal överläkar- avd.	Uppsyningsmän		Föreståndarinnor		Summa tjänster
		Ca 18	Ca 15	Ca 17	Ca 14	
S:t Maria sjukhus	3	—	1	4	3	8
Ulleråkers "	3	2	2	2	3	9
Ryhovs "	3	1	—	3	3	7
S:t Lars "	3	1	1	3	3	8
Restads "	2	1	—	2	2	5
Säters "	2	2	2	1	2	7
Sekundärvd. i Grangärde.....	—	—	—	1	—	1
S:t Gertruds sjukhus.....	2	2	2	1	2	7
Umedalens "	2	1	—	2	2	5
S:t Sigfrids "	2	1	1	2	2	6
Centralhemmet för familjevården i Korsberga	—	—	—	1	1	2
Sundby sjukhus	2	1	—	2	1	4
Mariebergs sjukhus	2	1	1	1	1	4
Sidsjöns "	2	1	1	2	2	6
Birgittas "	2	1	1	1	2	5
Frösö "	2	1	1	1	1	4
Furunäsets "	2	1	1	1	2	5
S:t Jörgens "	1	1	—	1	2	4
S:t Olofs "	1	—	—	—	1	1
S:t Annas "	1	—	—	—	2	2
Psykiatriska sjukhuset	1	—	—	1	—	1
Källshagens sjukhus	1	1	1	1	1	4
Gådeå "	1	—	1	—	2	3
Salberga "	1	1	1	—	—	2
Västra Marks "	1	—	—	1	1	2
Vipeholms "	1	1	1	—	2	4
Summa	43	21	18	34	43	116

Den normala organisationen för det inre sjukvårdsarbetet får anses vara två tjänster för uppsyningspersonal per överläkaravdelning. För de fasta paviljongerna vid S:t Gertruds och Säters sjukhus samt specialavdelningarna för psykopater vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus finnas dock särskilda uppsyningsmän.

Enligt de normer, som år 1945 fastslagits i samband med revisionen av tjänsteförteckningen för de statliga sinnessjukhusen, skulle befattningarna såsom förste uppsyningsman (lönegrad Ca 18), första föreståndarinna (lönegrad Ca 17) och föreståndarinna (lönegrad Ca 14) vara avsedda för det inre sjukvårdsarbetet samt uppsyningsmanstjänsterna i lönegrad Ca 15 för ledningen av manliga patienters utarbeten. Dessa normer ha emellertid ännu icke helt genomförts.

De arbetsuppgifter, som huvudsakligen jämlikt av medicinalstyrelsen den 8 april 1922 fastställda förhållningsregler för personal vid statens sinnessjukhus samt styrelsens cirkulär till dessa sjukhus dels den 26 mars 1926 angående förvaltning och redovisning av patienternas privata medel och dels den 6 december 1938 angående bokföring och redovisning åvila uppsyningspersonalen för det inre sjukvårdsarbetet, kunna grupperas på följande sätt:

- 1) ledning och kontroll av vårdavdelningarnas personal i sjukvårdsarbetet;
- 2) arbetsuppgifter såsom biträden åt läkarna i deras verksamhet;
- 3) arbetsuppgifter såsom förmän för underordnad sjukvårdspersonal med avseende å dess anställnings- och tjänstgöringsförhållanden;
- 4) diverse kamerala arbetsuppgifter för respektive överläkaravdelningars räkning samt
- 5) vissa andra uppgifter, som delvis ha karaktär av egentligt sjukvårdsarbete.

Ledningen och kontrollen av sjukvårdsarbetet på vårdavdelningarna förutsätter bl. a. att ronder i stor utsträckning företagas. Arbetsuppgifterna såsom biträden åt läkarna bestå i att lämna uppgifter om belägningsförhållanden, patienternas sjukdomssymptom m. m., sammanställa vissa uppgifter från de olika vårdavdelningarna angående patienternas förhållanden, vid nyintagningar mottaga patienterna, försegla utgående och utdela inkommande patientpost m. m. I viss utsträckning besvarar uppsyningspersonalen också anhörigas telefonförfrågningar rörande patienterna.

Såsom förmän för underordnad sjukvårdspersonal med avseende å dess anställnings- och tjänstgöringsförhållanden har uppsyningspersonalen att under vederbörande överläkares överinseende fördela personalen på de olika vårdavdelningarna, uppgöra tjänstgöringsschemata och semesterlistor, lämna avlöningsuppgifter till sjukhuskontoren, anskaffa vikarier vid sjukdomsfall och ledigheter av andra orsaker m. m. Uppsyningsmännen och föreståndarinnorna ha också uppsikten över sjukhusens möblerade bostäder för underordnad sjukvårdspersonal.

De mest betungande kamerala arbetsuppgifterna äro bokföring av patienternas dagsverken, förvaltning, bokföring och redovisning av patienternas flitpenningar och privata medel och därmed förenade inköp samt upprättande av dagliga utspisningslistor för resp. överläkaravdelningar. Därtill komma sådana arbetsuppgifter som att utfärda rekvisitioner till sjukhuskontoren angående material, reparationer m. m. för vårdavdelningarnas räkning samt bokföring och redovisning av dessa avdelningars inventarier m. m.

Vid ett flertal sjukhus äro med föreståndarinnetjänsterna förenade diverse andra arbetsuppgifter, nämligen beredskapstjänstgöring under natten, tjänstgöring vid läkarmottagning för somatisk vård av patienter och personal, föreståndarskap för laboratorier och centralförråd för läkemedel, förrådshållning av persedlar och material av skilda slag för vårdavdelningarna, förmanskap för städning inom administrationsbyggnader m. m.

Gällande behörighetsvillkor för uppsyningspersonalen äro att ha förvärvat behörighet till befattning som överskötare resp. översköterska samt att ha ådagalagt särskild duglighet ävensom skicklighet i sinnessjukvård och lämplighet att handleda personal i sjukvårdsarbete.

Tidigare förslag. Redan tidigare har uppmärksamhet ägnats organisationen av uppsyninspersonalen och dess arbete. Bl. a. hade de s. k. *tjänsteförteckningssakkunniga för statens sinnessjukhus* i uppdrag att taga under omprövning de organisatoriska frågor, som ägde samband med revisionen av tjänsteförteckningen. Dessa sakkunniga ha i sitt den 18 januari 1943 framlagda betänkande framhållit, att uppsyningspersonalen allt mindre tages i anspråk för att i detalj övervaka sjukvårdsarbetet å de särskilda vårdavdelningarna. Den rent sjukvårdande uppgiften hade i stället övertagits av överskötare och översköterskor. Det förhållandet, att uppsyningspersonalen i stor utsträckning är sysselsatt med arbetsuppgifter, för vilka den får anses överkvalificerad har också framhållits. I anslutning härtill ha de sakkunniga förordat överflyttning på översköterskor av sådana arbetsuppgifter som beredskapstjänstgöring under natten, tjänstgöring vid läkarmottagning för somatisk sjukvård av patienter och personal samt föreståndarskap för laboratorier och centralförråd för läkemedel. Några andra åtgärder av betydelse i förevarande avseende föreslogos icke. Ifrågavarande sakkunniga räknade alltjämt med en högre och en lägre grupp uppsyningsmän, allteftersom de huvudsakligen handlade övervakningen av arbetet å vårdavdelningarna eller patienternas utearbete. Beträffande föreståndarinnetjänsternas organisation drogo de den slutsatsen, att skäl icke förelåge till ändring av gällande ordning, enligt vilken sjukvårdsarbetet inom överläkaravdelningarna övervakades av föreståndarinnor i viss högre lönegrad med föreståndarinnor i lägre lönegrad såsom biträden.

I sitt yttrande över tjänstförteckningssakkunnigas betänkande framhöll *medicinalstyrelsen* betydelsen av uppsyningsmans- och föreståndarinnetjänsterna för nyssnämnda sjukvårdsarbete. Förhållandena voro icke jämförbara med kroppssjukvårdens, där avdelningssköterskan direkt inför läkaren ansvarade för sin avdelning. Inom sinnessjukvården erfordrades därutöver en sjukvårdsfunktionär, som inför läkaren svarade för en hel överläkaravdelning, bl. a. av det skälet, att inom sinnessjukvården ständiga förflyttningar på grund av patientmaterialets särart måste planeras och företagas mellan olika vårdavdelningar. Medicinalstyrelsen underströk även betydelsen av tjänsterna ur rekryteringssynpunkt — såsom slutposter för sjukvårdspersonal.

Sjukhusutredningens synpunkter och förslag. I stort sett ansluter sig utredningen till medicinalstyrelsens ovan återgivna synpunkter och finner ett antal tjänster för förmän för underordnad sjukvårdspersonal i vissa avseenden och biträden åt läkarna i deras verksamhet vara erforderliga. Övriga arbetsuppgifter böra däremot i möjligaste mån avlastas uppsyningspersonalen, enär det framstår såsom tämligen klart, att denna personal å ena sidan är alltför kvalificerad för en stor del av dessa uppgifter och å andra sidan vanligen saknar utbildning för och erfarenhet i fråga om åtskilliga andra. Organisationen och fördelningen av arbetet synes även ur vissa andra synpunkter icke vara fullt ändamålsenlig.

Såsom tjänsteförteckningssakkunniga framhållit tages uppsyningspersonalen allt mindre i anspråk för att i detalj övervaka sjukvårdsarbetet inom de olika vårdavdelningarna. Denna utveckling får anses vara naturlig och ändamålsenlig. Då det måste förutsättas, att de för vårdavdelningarna ansvariga befattningshavarna och deras ersättare (överskötare eller översköterskor samt förste skötare eller första sköterskor) böra besitta erforderlig utbildning i såväl kropps- som sinnessjukvård, anser utredningen, att de i fråga om själva sjukvårdsarbetet även böra beredas en friare ställning gentemot uppsyningspersonalen och ökat ansvar direkt inför läkarna än som f. n. är fallet. En sådan ordning skulle medföra större tillfredsställelse och intresse i arbetet och sannolikt bidra till att underlätta rekryteringen av dessa befattningshavare. — De mera självständiga tjänsterna såsom avdelningssköterskor vid kroppssjukhusen äro under rådande förhållanden vanligtvis mer lockande för välutbildad och duglig sköterskepersonal.

Vid vissa av storstädernas sinnessjukhus har denna ordning med framgång tillämpats under ett flertal år.

På grund av det anförda bör uppsyningspersonalens befattning med det egentliga sjukvårdsarbetet begränsas till vad som närmast åvilar den såsom biträden åt läkarna. Dessa arbetsuppgifter innebära att vid nyintagningar mottaga patienterna och hänvisa dem till lämpliga vårdavdelningar, att hålla sig underrättad om beläggningsförhållandena på vårdavdelningarna och lämna uppgifter därom till läkarna m. fl., att medverka vid erforderliga patientförflyttningar mellan olika avdelningar och att, i den mån vederbörande överläkare så finner lämpligt, genom att deltaga i och på egen hand företaga ronder biträda honom och andra läkare att kontrollera vissa förhållanden på vårdavdelningarna.

Av stor vikt är att städning samt skötsel och underhåll av golv, inredning och utrustning inom vårdavdelningarna sker på ett rationellt och enhetligt sätt. Dessa arbeten böra därför vara ställda under enhetlig ledning, och utredningen har funnit det vara lämpligast, att uppsyningspersonalen får till uppgift att enligt de närmare direktiv, som meddelas av den administrativa ledningen, tillse att desamma utföras på ett ur såväl arbetssynpunkt som driftekonomisk synpunkt ändamålsenligt sätt.

F. n. äro varje överläkaravdelnings uppsyningsmän eller föreståndarinnor förmän för denna avdelnings underordnade sjukvårdspersonal i vad avser anställnings- och tjänstgöringsförhållanden. Därigenom äro vid sjukhus med två eller flera överläkaravdelningar dessa avdelningar skilda enheter utan organiserat samarbete i fråga om personalanskaffning och disposition av den vid sjukhuset tillgängliga arbetskraften. Denna ordning kan ej anses vara rationell. I stället borde handläggningen av samtliga ärenden av denna art koncentreras till en särskild, sjukhuschefen direkt underställd befattningshavare. Sådan organisation skulle innebära betydligt större garanti för effektivitet i nämnda avseenden, och särskilt under nu rådande svårigheter på detta område framstår den såsom synnerligen önskvärd.

Befattningshavare, varom här är fråga, skulle närmast handhava sjukvårdspersonalens fördelning på olika avdelningar, upprätta tjänstgöringsschemata och semesterlistor, mottaga anmälningar och ansökningar om sjuk- och annan tjänstledighet, anskaffa vikarier, lämna uppgifter till sjukhuskontoret om beviljade ledigheter, antaganden, entlediganden m. m., besvara förfrågningar angående tjänstgörings- och anställningsförhållanden, företaga hembesök hos sjuk personal samt jämväl i övrigt biträda sjukhuschefen vid handläggning av ärenden beträffande sjukhusets sjukvårdspersonal och eventuellt vissa andra personalgrupper.

Vid Beckomberga sjukhus har denna organisation tillämpats under ett flertal år och visat sig vara värdefull.

Behov av särskild befattningshavare för personalärenden föreligger enligt utredningens uppfattning vid varje sjukhus med mer än en överläkaravdelning. Den fast anställda sjukvårdspersonalen uppgår vid sjukhus av denna storleksordning till lägst omkring 200 och vid de största sjukhusen till omkring 400. Därtill kommer ett icke ringa antal vikarier. Såsom i andra sammanhang framhållits bör man också räkna med en relativt betydande utökning av sjukvårdspersonalen vid sinnessjukhusen. Arbetsbördan för en befattningshavare för personalärenden torde vid de största sjukhusen komma att bliva så stor, att skrivhjälp i viss utsträckning måste tillhandahållas denne.

Utredningen får understryka vikten av den rådgivande och upplysande verksamhet, som bör åvila denna tjänsteman. Industrier, verk och andra större inrättningar ha i allt större utsträckning beaktat betydelsen av personalvård och anställt personalföreståndarinnor, personalkonsulenter, kuratorer o. d., och alla skäl tala för att också de största och medelstora sinnessjukhusen tillgodoses i detta avseende.

Även dispositionen av sjukhusens möblerade bostäder för sjukvårdspersonal och eventuellt viss annan personal bör handhavas av ifrågakommande befattningshavare, vilka då tillika böra utöva tillsyn över inventarier m. m. i dessa bostäder. Såsom ovan antytts kan ifrågasättas huruvida de icke böra anlitas såsom förmän för vissa andra grupper befattningshavare än sjukvårdspersonal. Därvid avses närmast personal för städning inom expeditioner, samlingslokaler och bostäder.

Såsom tjänstebeteckning för de nu föreslagna befattningshavarna föreslår utredningen *personalföreståndare*, och i stort sett synas nuvarande behörighetsvillkor för uppsyningspersonal böra gälla för dem. Med hänsyn till deras ansvar och arbetsuppgifternas art torde de dock böra beredas en något högre löneställning. Till dessa spörsmål återkommer emellertid utredningen i det följande. Härjämte föreslår utredningen, att för samtliga övriga tjänster för ledningen av det inre sjukvårdsarbetet fastställes beteckningen *avdelningsföreståndare*. Benämningarna uppsyningsman och föreståndarinna skulle sålunda bortfalla.

Beträffande möjligheterna till begränsning av avdelningsföreståndarnas arbetsuppgifter må i övrigt anföras följande.

Sjukhusutredningen räknar med att i enlighet med den utveckling, som redan påbörjats, särskilda överskötersketjänster (nattöversköterskor) snarast inrättas vid samtliga sinnessjukhus för bl. a. den nattjänstgöring, som nu vanligtvis åvilar uppsyningspersonalen för den inre sjukvården. Där så icke skett, bör likaså enligt tjänsteförteckningssakkunnigas förslag tjänstgöring vid läkarmottagning för somatisk vård och föreståndarskap för laboratorier och centralförråd för läkemedel snarast överflyttas från föreståndarinnor (avdelningsföreståndare) till översköterskor.

Av naturliga skäl böra vidare i princip arbetsuppgifter av kameral art ej åvila avdelningsföreståndarna. Sådant arbete hindrar dem från att effektivt ägna sig åt sina väsentliga uppgifter, och rådande brist på kvalificerad sjukvårdspersonal framhäver också angelägenheten av att arbetskraft av detta slag icke mer än som är ofrånkomligt bindes av kontors- och expeditionsarbeten. I det följande redogöres för i vilken omfattning och på vad sätt utredningen funnit avlastning i detta avseende lämpligen kunna ske.

Förvaltningen av patienters privata medel ingår f. n. ej i sjukhusens medelsförvaltning i övrigt utan handhaves, bokföres och redovisas helt för sig av uppsyningspersonalen. Bokföringen sker i dels en kassabok och dels en huvudbok. I den senare har varje patient med privatmedel särskilt konto.

Vid inköp för sådana medel antecknar uppsyningsman eller föreståndarinna vad som skall inköpas till de olika patienterna på en inköpslista. Sedan denna godkänts av sjukhuschefen (eller vederbörande överläkare) överlämnas den jämte erforderligt penningbelopp till det bud, som verkställer inköpen. Budet kompletterar listan i fråga om varupriser o. d., som icke på förhand äro kända, nedsummerar, kvitterar och återlämnar den till vederbörande uppsyningsman eller föreståndarinna. Inköpslistans slutsumma införes i kassaboken, och listan tjänar såsom verifikation på beloppet. Delposterna för inköpen till de olika patienterna bokföres såsom uttag å respektive konton i huvudboken.

Förvaltningen av patienternas privata medel har genom ikraftträdandet av den nya folkpensioneringslagen fått ännu större omfattning än tidigare, då enligt denna lag varje patient med folkpension skall tillställas visst pensionsbelopp per kalenderkvartal.

Uppsyningspersonalen åvilande bokföring av patienternas arbetsdagar eller dagsverken samt dispositionen och redovisningen av utgående flitpenningar tillgår i stort sett på följande sätt. Med ledning av uppgifter från de olika vårdavdelningarna föres förteckning över fullgjorda dagsverken på särskilda s. k. dagsverkslistor. Dessa hopsummeras månadsvis, och summan av varje patients dagsverken, för vilka flitpenningar beräknas skola utgå, överföres på ett enligt kortsystem ordnat sammandrag. För varje patient föres ett kort. På detta antecknas också det antal dagsverken, för vilka sjukhuschefen (eller vederbörande överläkare) bestämmer, att flitpenningar må utgå för att täcka kostnaderna för inköp till vederbörande patient under ifrågavarande månad. — Såsom i annat sammanhang nämnts få flitpenningar endast uttagas i samband med utgift. Någon kapitalisering av sådana medel får nämligen enligt nu gällande föreskrifter icke förekomma. — Över flitpenningar, som sålunda bestämts skola få uttagas, upprättas vid månadens slut en förteckning, som jämte ovan nämnda kort överlämnas till sjukhuskontoret för granskning. Sedan denna verkställts, utbetalar kontoret det sammanlagda flitpenningsbeloppet enligt förteckningen till vederbörande uppsyningsman eller föreståndarinna. För att inköp för flitpenningsmedel skola kunna ske successivt under månaden, disponerar uppsyningspersonalen förskott, motsvarande ungefär det belopp, till vilket flitpenningsuttagen pläga uppgå per månad.

Jämlikt gällande bokföringsföreskrifter skola flitpenningsmedlen bokföras och redovisas på samma sätt som patienternas privata medel — i kassabok och huvudbok — den senare med särskilt konto för varje patient. Inköpen verkställas och verifieras på samma sätt som inköpen för privatmedel.

Det ankommer å sjukhusintendenten att kontrollera bokföringen och redovisningen av privata medel och flitpenningar samt att minst en gång varje kalenderkvartal inventera uppsyningspersonalens kassor av sådana medel.

Vid storstädernas sinnessjukhus pläga de sociala kuratorerna handha förvaltningen av patienternas privata medel. En liknande anordning kan icke komma i fråga vid de statliga sjukhusen, enär nämnda kurators närmaste motsvarighet därstädes — hjälpverksamhetsföreståndarinnorna — ha till huvudsaklig uppgift att medverka i den till dessa sjukhus knutna öppna sinnessjukvården. I stället synes ifrågavarande medelsförvaltning och bokföring böra förenklas och, så långt det är lämpligt, överflyttas på sjukhuskontoren.

I annat sammanhang har föreslagits, att ersättningarna för utfört arbete — arbetspremierna — obetingat skola tillfalla vederbörande patienter såsom enskild egendom och därför, allt eftersom de intjänats, betraktas och bokföras såsom sådan. Därigenom skulle arbetspremierna få samma karaktär som övriga patienternas medel. I fortsättningen göres på grund härav icke någon åtskillnad mellan arbetspremier och patienterna tillhöriga andra penningmedel.

Vid sina överväganden har utredningen kommit till den slutsatsen, att det ej är lämpligt att helt överflytta dispositionen och förvaltningen av patientmedlen till kontoren, emedan det är naturligt, att avdelningsföreståndarna omhändertaga penningmedel, som patienter medföra vid intagning. Det får vidare

anses nödvändigt, att dessa befattningshavare verkställa utbetalningar direkt till patienterna och även i övrigt ha möjlighet att kontrollera användningen av ifrågavarande medel. Avdelningsföreståndarna böra dessutom kunna lämna patienterna — i många fall mycket ingående — upplysningar om deras tillgodohavanden. Utredningen har därför funnit det vara lämpligast, att direkta in- och utbetalningar av patientmedel omhänderväras av nyssnämnda föreståndare, vilka bl. a. på grund härav likaledes böra ombesörja inköpen för patienternas räkning samt verkställa den löpande bokföringen av inkomster och utgifter på de enskilda patienternas konton, i den mån så kan erfordras för att överblicka ställningen på dessa.

En betydande avlastning synes dock kunna åstadkommas genom att införa nedan angivna ordning och sålunda till sjukhuskontoren överflytta dels förvaltningen av patientmedel, som icke behöva disponeras för löpande utgifter, dels ock det nu för uppsyningspersonalen så tidsödande arbetet att uträkna och utföra saldon på patientkontona samt att avstämma dessa konton gentemot kassaredovisningen.

Man låter patientmedlen inflyta i vederbörande sjukhus kassa och upplägger för bokföringen därav i sjukhusets kassaredovisning en särskild diversemedelstitel, förslagsvis benämnd »Patienternas medel». Till avdelningsföreståndarna utlämnas så under denna titel bokförda, generella förskott i erforderlig utsträckning för utgifter för patienternas räkning under en månad. Nämnda föreståndare föra förteckning över förekommande utgifter och redovisa efter varje månads utgång de uppburna förskotten genom att till kontoret överlämna förteckningen jämte därtill hörande verifikationer. På samma sätt förtecknas och redovisas månadsvis till kontoret influtna patientmedel.

Samtidigt med redovisningen av inkomster och utgifter böra patientkontona inlämnas på kontoret för att där avslutas för den gångna månaden — genom att saldon uträknas och införas — samt avstämmas gentemot sjukhusets kassaredovisning. I samband därmed bör kontoret på de olika patientkontona även införa under den gångna månaden intjänade arbetspremier. Utredningen avser nämligen att dessa skola månadsvis avföras från vederbörande anslag och tillgodoföras patienterna genom omföring till förenämnda diversemedelstitel.

I viss utsträckning inestå patienterna tillhöriga medel å bankkonton, som f. n. förvaltas av uppsyningspersonalen. Vid genomförande av ovan angivna ordning bör denna del av ifrågavarande medelsförvaltning överflyttas till sjukhuskontoren, varefter följande torde böra gälla.

Patienterna tillhöriga, vid sjukhuset omhändertagna motböcker med banker skola vara deponerade hos sjukhusets kassör. Det skall åvila sjukhusintendenten att i samband med den månatliga genomgången å sjukhuskontoret av patientkontona tillse, att patienternas medel i skäligen utsträckning göras räntebärande genom insättning på sparkasseräkning hos bank. I varje fall bör sådan insättning ske, om och i den mån patients av sjukhuset förvaltade medel mera konstant överstiger 100 kronor.

Insättning på sparkasseräkning skall bokföras såsom uttag på vederbörande patients konto med sjukhuset och i kassaredovisningen verifieras med av banken utfärdat kvitto eller insättningsbevis. Ehuru tillgodohavandena hos banker icke skola ingå i behållningarna å patienternas konton med sjukhuset, skola på dessa dock föras löpande anteckningar därom.

Vid ovannämnda genomgång av patientkontona skola även verkställas överföringar av medel till dessa genom uttag å sparkasseräkningarna, i den utsträckning så kan beräknas vara erforderligt, för att behållningarna på de olika kontona skola täcka utgifterna för resp. patients räkning under månaden.

Motbok med bank må ej utlämnas till vederbörande patient, hans förmyndare eller eljest annat än mot vederbörligt kvitto.

I annat sammanhang har utredningen föreslagit, att de befattningshavare, som närmast omhänderha ledningen av patienternas sysselsättning (arbets-terapeuter, slöjdföreståndare och hantverksföreståndare), och i vissa fall föreståndarna för arbetsterapi skola avgiva förslag till utgående arbetspremier. Detta avses skola ske månadsvis på förteckningar, som efter premiernas fastställande överlämnas till sjukhuskontoret för bokföring enligt vad ovan anförts.

Sålunda föreslagen ordning för förvaltningen av patienternas medel skulle ej endast innebära förenkling av det därmed förenade arbetet och en betydelsefull arbetsavlastning från avdelningsföreståndarna utan får också anses vara lämpligare än den nuvarande, enär redovisningen därigenom komme att falla under sjukhusintendenternas redogöraransvar.

Den arbetsuppgift av kameral natur, som närmast efter förvaltningen av patienternas penningmedel får anses vara mest betungande för uppsyningspersonalen vid de statliga sinnessjukhusen, torde vara upprättandet av de dagliga utspisningslistorna. Dessa listor äro rutinmässiga sammanställningar av uppgifter om antalet erforderliga portioner m. m. från vårdavdelningarna och ligga till grund för den uträkning av erforderlig proviant för vederbörande dags kosthåll, som utföres på sjukhuskontoret.

Utan men torde nyssnämnda uppgifter från vårdavdelningarna kunna lämnas direkt till kontoret, och avdelningsföreståndarna helt befrias från sammanställandet därav. Detta förfarande synes ej utgöra hinder för erforderlig kontroll från läkarnas och nämnda föreständares sida av avdelningarnas kostrekvisitioner.

Tillvägagångssättet vid rekvisitioner av inventarier, kläder m. m. för vårdavdelningarnas räkning är olika, men vanligtvis torde överskötarna och översköterskorna lämna uppgifter om avdelningarnas behov till uppsyningspersonalen, som med ledning därav utfärdar rekvisitioner till sjukhuskontoret. Samma ordning tillämpas vid framställningar om reparationer, avseende avdelningarnas inredning och utrustning.

Detta förfarande torde kunna förenklas sålunda, att den för vårdavdelningarna närmast ansvariga personalen upprättar rekvisitioner och framställ-

ningar om reparationer samt i regel överlämnar dem direkt till kontoret. Dock bör gälla, att attest av överläkare eller avdelningsföreståndare skall fordras å större rekvisitioner och sådana av ovanlig natur. Därjämte bör det givetvis vara kontoret obetaget, att även eljest samråda med dessa befattningshavare om vårdavdelningsrekvisitioner m. m.

Liksom resp. föreståndare ansvara för ekonomiavdelningarnas och verkstädernas förråd och inventarier, ansvara närmast överskötare och översköterskor för vårdavdelningarnas förråd och inventarier. Inventeringar inom ekonomiavdelningar och verkstäder förrättas av sjukhusintendenten eller befattningshavare, tillhörande kontorspersonalen. Inventarieförteckningar för dessa avdelningar föras på kontoret.

Inom vårdavdelningarna förrättas däremot inventeringarna av uppsyningspersonalen, som också omhänderhar bokföringen av dessa avdelningars inventarier. Sjukhusutredningen finner lämpligt, att även dessa arbetsuppgifter överflyttas till kontoret, så att samma ordning kommer att tillämpas beträffande vårdavdelningarna som i fråga om ekonomiavdelningar och verkstäder.

Vid ett flertal sjukhus omhänderhar uppsyningspersonalen allttjämt viss förrådshållning av linne, patientkläder, rengöringsmedel och diverse andra förbrukningsartiklar för vårdavdelningarnas räkning. Vanligen är dock förrådshållningen helt förlagd till ett centralt förråd, från vilket även vårdavdelningarna direkt erhålla sina förnödenheter.

Såsom också i annat sammanhang anförts får centraliserad förrådshållning anses vara att föredraga, främst för att undvika dubbelarbete och emedan förråden av linne, kläder m. m. då på bästa sätt kunna överblickas, disponeras och vårdas. I enlighet härmed förordar utredningen, att vid sjukhus, där så icke redan skett, all förrådshållning förlägges till centralförråd, som förestås av särskild förrådsförmän, eller där sådan tjänst icke finnes eller behöver inrättas, av annan befattningshavare, tillhörande ekonomipersonalen. Ehuru avdelningsföreståndarna sålunda icke böra handhava förråd för vårdavdelningarna, är det emellertid enligt utredningens mening angeläget att samråd sker med dem beträffande upphandling och tillverkning av kläder och annan utrustning för dessa avdelningars räkning.

Vid inrättande av befattningar såsom personalföreståndare och avgränsning av avdelningsföreståndarnas arbetsuppgifter på sätt ovan föreslagits torde antalet avdelningsföreståndare kunna begränsas till *en per överläkaravdelning*. Utredningen bortser därvid från de befattningshavare av detta slag, som erfordras för de fasta paviljongerna och specialavdelningarna för psykopater. I kapitel 6 har utredningen vidare föreslagit, att tillsynen av manliga patienters utarbeten skall överflyttas på andra befattningshavare. Mer än en avdelningsföreståndare torde ej heller erfordras vid sjukhus med endast en överläkaravdelning, ehuru där icke skulle tillkomma befattning såsom personalföreståndare. Vid sådant sjukhus synes nämligen översköterskan för laboratorium och centralförråd för läkemedel i erforderlig utsträckning kunna biträda avdelnings-

föreståndaren, som där bör handlägga även frågor rörande sjukvårdspersonalens anställnings- och tjänstgöringsförhållanden.

För avdelningsföreståndare torde de nu för uppsyningspersonalen gällande *kompetenskraven* böra äga tillämpning. För tjänst såsom personalföreståndare föreslår utredningen, att följande behörighetsvillkor uppställas, nämligen att vederbörande

1) äger behörighet till befattning såsom avdelningsföreståndare vid sinnessjukhus samt

2) besitter beprövad erfarenhet i och lämplighet för att handhava och leda underordnad personal.

Beträffande *avlöningsförmånerna* för avdelnings- och personalföreståndarna får utredningen anföra följande.

Det synes icke finnas anledning att inrätta tjänster för avdelningsföreståndare i olika lönegrader. Därvid avses också, att lika lön bör utgå till dessa befattningshavare vare sig de äro män eller kvinnor. Sjukhusutredningen föreslår, att ifrågavarande tjänster placeras i högsta nuvarande lönegrad för uppsyningspersonal, Ca 18. Enligt vad tidigare anförts föreslår utredningen vidare, att befattningarna såsom personalföreståndare placeras i lönegrad Ca 19.

Begränsningen av antalet tjänster såsom avdelningsföreståndare till en per överläkaravdelning aktualiserar frågan om *ersättare* för denna personal under ledighetsdagar. Vid sjukhus med flera avdelningsföreståndare torde dessa vid sådan ledighet i regel, såsom nu är fallet vid Beckomberga sjukhus, kunna ersätta varandra. Utredningen avser nämligen, att avdelningsföreståndarna skola ha gemensam expedition, vilken också fungerar såsom intagningscentral vid vederbörande sjukhus. Där så undantagsvis icke kan ske, bör personalföreståndare eller viss överskötare resp. översköterska — hänförlig till vårdavdelning, laboratorium eller centralförråd för läkemedel — kunna tjänstgöra såsom ersättare. Vid semester och tjänstledighet bör givetvis vikarie förordnas i vanlig ordning.

Vid oförändrat antal överläkaravdelningar (43) skulle enligt sjukhusutredningens förslag vid de statliga sinnessjukhusen inrättas sammanlagt 15 befattningshavare såsom personalföreståndare i lönegrad Ca 19 samt 49 uppsyningsmans- och föreståndarinnetjänster utbytas mot befattningar såsom avdelningsföreståndare i lönegrad Ca 18. Därvid har utredningen räknat med sådant utbyte även i fråga om uppsyningsmännen för de fasta paviljongerna vid Sätters och S:ta Gertruds sjukhus och specialavdelningarna för psykopater vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus samt befattningarna såsom första föreståndarinna vid sekundäravdelningen i Grangärde (Pärby sjukhus) och centralhemmet för familjevården i Korsberga. Föreståndarinnetjänsten i lönegrad Ca 14 vid detta centralhem bör däremot indragas eller utbytas mot sjukvårdsbefattning av annan art och i lägre lönegrad.

Av de (116 — 64 =) 52 uppsyningsmans- och föreståndarinnetjänster, som

sålunda icke skulle ersättas av befattningar såsom personal- eller avdelningsföreståndare, torde ett visst antal komma att erfordras för den utbyggnad av sinnessjukvården, som är av behovet påkallad. Ett icke ringa antal föreståndarinnor torde ock kunna anlitas såsom instruktionssköterskor vid den ökade utbildning för sinnessjukvårdspersonalen, som avses komma till stånd. Återstoden torde i mån av vakanser böra utbytas mot överskötare- resp. överskötersketjänster för nya vårdavdelningar eller för laboratorier och centralförråd för läkemedel eller för nattjänst. Innehavarna av ifrågavarande befattningar synas också, där så lämpligen kan ske, intill deras avgång böra disponeras för tjänstgöring å nyttillkommande överskötare- resp. överskötersketjänster.

I anslutning till det anförda får sjukhusutredningen föreslå, att gällande förhållningsregler för uppsyningspersonal ersättas av instruktioner med följande lydelse.

Instruktion för personalföreståndare vid sinnessjukhus.

1 §.

Personalföreståndare skall biträda sjukhuschefen vid anställande och entledigande av sjukvårdspersonal ävensom vid beviljande av semester och tjänstledighet för sådan personal.

I den mån direktionen så bestämmer, skall personalföreståndare även biträda sjukhuschef eller sjukhusintendent vid handläggning av ärenden rörande annan personal än sjukvårdspersonal.

2 §.

Det åligger personalföreståndare

1) att föra rulla över i 1 § angiven personal, avseende dess anställnings-, befordrings- och tjänstgöringsförhållanden, samt till sjukhuskontoret lämna erforderliga uppgifter därom;

2) att i samråd med vederbörande överläkare, avdelningsföreståndare, överskötare och översköterskor eller andra förmän fördela nyssnämnda personal på olika avdelningar samt uppgöra arbetsordning och tjänstgöringsschema för densamma;

3) att förskaffa sig kännedom om gällande reglementen och föreskrifter för ifrågavarande personal och, i den mån det ej ankommer på annan befattningshavare, tillse, att de efterföljas; samt

4) att vid klagomål från personal söka undanröja eventuella missförhållanden.

3 §.

Det åligger vidare personalföreståndare att under sjukhuschefens överinseende handhåva dispositionen av de sjukhusets möblerade bostäder, som äro avsedda för i 1 § angiven personal, samt att utöva tillsyn över sjukhusets lösa egendom i dessa bostäder.

4 §.

Personalföreståndare skall i mån av behov lämna den i 1 § angivna personalen råd och upplysningar beträffande anställnings- och tjänstgöringsförhållanden ävensom i sociala och likartade frågor samt verka för personalens trivsel vid sjukhuset.

5 §.

Slutligen åligger det personalföreståndare att ställa sig till efterrättelse tjänsten berörande bestämmelser samt de föreskrifter, som i vederbörlig ordning meddelas, ävensom att i allt vad till tjänsten hörer lämna sjukhusets överläkare och andra ansvariga befattningshavare erforderligt biträde i personalärenden.

Instruktion för avdelningsföreståndare vid sinnessjukhus.

1 §.

Det åligger avdelningsföreståndare att biträda vid patienters intagning och utskrivning. Härvid tillkommer det avdelningsföreståndare särskilt

1) att mottaga till sjukhuset nykommen sjuk, kontrollera den sjukes intagningshandlingar och snarast göra anmälan om eventuellt felhandlingar till den befattningshavare, som har till uppgift att infordra sådana, överlämna emottagna intagningshandlingar till vederbörande läkare samt i samråd med denne placera den sjuke på lämplig avdelning ävensom

2) att, så snart sjuk intagits eller utskrivits, försöksutskrivits eller avvikit eller återkommit efter att ha varit försöksutskriven eller avviken, lämna skriftlig uppgift därom till vederbörande läkare.

2 §.

Vidare åligger det avdelningsföreståndare

1) att föra rulla över de sjuka enligt fastställt blankettformulär,

2) att dagligen från vårdavdelningarna mottaga rapporter om beläggningen samt med ledning därav för vederbörande läkares och sjukhuskontorets räkning upprätta beläggningsuppgifter rörande överläkaravdelningen samt

3) att, i den utsträckning vederbörande överläkare bestämmer, delta i och på egen hand företaga ronder samt eljest biträda honom och andra läkare i deras verksamhet.

3 §.

Avdelningsföreståndare skall enligt de direktiv, som meddelas av sjukhuschef och sjukhusintendent, tillse att städning samt skötsel och underhåll av golv, inredning och utrustning sker på enhetligt och ändamålsenligt sätt inom vårdavdelningarna. Avdelningsföreståndare skall ock, i den utsträckning direktionen eller sjukhuschefen bestämmer, biträda vid upphandlingar för vårdavdelningarnas räkning.

4 §.

Då sjuk vid intagningen medför penningmedel eller värdesaker, skall avdelningsföreståndaren omhändertaga dessa. Samma skall gälla beträffande penningmedel, som den sjuke under vistelsen vid sjukhuset emottager från anhöriga, myndigheter m. fl. Vidare ankommer det å avdelningsföreståndare att i förekommande fall till de sjuka utlämna medel av ifrågavarande slag och att ombesörja inköp för deras räkning.

Särskilda bestämmelser gälla om i vilken omfattning och på vad sätt avdelningsföreståndare skall förvalta och redovisa patienters penningmedel.

5 §.

Vid sjukhus med endast en överläkaravdelning åligger det avdelningsföreståndare att fullgöra de arbetsuppgifter, som jämlikt därom utfärdad instruktion åvila personalföreståndare vid sjukhus, där sådan finnes.

6 §.

Slutligen åligger det avdelningsföreståndare att ställa sig till efterrättelse tjänsten berörande bestämmelser samt de föreskrifter, som i vederbörlig ordning meddelas, ävensom att i allt vad till tjänsten hörer lämna sjukhusets ledning erforderligt biträde.

Kap. 11. Dagordningen och sjukvårdsarbetet.

Nuvarande ordning. Dagordningen eller det tidsschema, enligt vilket patienternas dygn är reglerat och som jämlikt bestämmelse i 19 § sinnessjukvårdsstadgan för statligt sinnessjukhus skall fastställas av vederbörande direktion efter förslag av sjukhuschefen, är i stort sett lika vid samtliga sinnessjukhus. Vissa skiljaktigheter finnas dock.

De normgivande tiderna äro vanligtvis följande.

Kl. 7.	Patienterna väckas.
» 7.30 eller 7.45.	Frukost.
» 12.	Middag.
» 15 (omkring).	Eftermiddagskaffe.
» 18.	Kvällsmål.
» 18.15—19.	Patienterna gå till sängs.

I de fall patienterna väckas tidigare än kl. 7, ha vanligen också övriga tider i dagordningen i motsvarande grad förskjutits. Vid vissa sjukhus medgivas sådana patienter, som kunna gå till sängs utan hjälp av personal, att på kvällen vistas uppe senare än de övriga. Detta gäller framför allt intagna med rätt till s. k. frigång, för vilkas inställelse på avdelningarna också viss tidpunkt plägar vara fastställd — exempelvis kl. 17 under vinterhalvåret och kl. 20 under sommarhalvåret.

Tiden för patienternas sysselsättning med arbete under vardagarna, som även plägar vara angiven i dagordningen, varierar mellan 4 och 6 timmar.

Ungefär hälften därav är förlagd till förmiddagen och hälften till eftermiddagen. Under lördagar förekommer vanligtvis ej arbete på eftermiddagen. I fråga om tiderna för denna patienternas sysselsättning råda vissa skillnader sjukhusen emellan. Sålunda tillämpas exempelvis följande olika tider.

Under förmiddagen:

klockan 9—11

eller

klockan 8.30—11.45

Under eftermiddagen:

klockan 13.30—15 och 15.30—17

(kafferast 15—15.30)

eller

klockan 14—16.15

(eftermiddagskaffet först klockan 16.30)

Under vinterhalvåret är mörkrets inbrott avgörande för upphörandet av sysselsättningen utomhus.

Genom rådande skillnader i fråga om tiderna för patientarbetet äro också tillfällena till vila, vistelse utomhus, »fritidssysselsättning» o. d. i viss mån olika.

Sjukhusutredningens synpunkter. Inledningsvis må understrykas, att *dagordningen* vid ett sjukhus främst måste utformas med hänsyn till sjukvårdens krav. Med beaktande härav måste fördelning av personalens arbete på olika tider av dygnet ske. Dagordningen påverkar därför personalbehovet och måste till stor del vara bestämmande för utformningen av personalens tjänstgöringsschemata.

Dagordningen torde å ena sidan, inom ramen för erforderlig sjukhusdisciplin, böra nära ansluta sig till gängse vanor utanför anstalterna och å andra sidan giva dygnet sådan rytm, att sjukhusvistelsen innebär avsedd rekreation för patienterna, samtidigt som den lämnar tillräckligt utrymme för aktiv sjukvård.

Ofta hävdas den uppfattningen, att en sund människas dygn vid gällande arbetstidsreglering bör vara indelat i tre 8-timmarsperioder, varav en är avsedd för arbete, en för måltider, fritidssysselsättning o. d. samt en för natt-sömn. Denna indelning av dygnet torde också nära ansluta sig till rådande vanor inom större delen av befolkningen och bör därför enligt utredningens mening utgöra den bakgrund, mot vilken dagordningen vid sinnessjukhus lämpligen bestämmes.

Patienternas behov av vila är av naturliga skäl mycket olika. Nyintagna äro mer beroende därav än patienter, som vistats någon tid vid sjukhusen, och oroliga patienter mer än lugna.

Av det föregående framgår att patienternas dag vanligtvis börjar kl. 7 och slutar kl. 19. Gentemot tillämpning av denna ordning för patienter, som av medicinska skäl äro i stort behov av vila, synes icke något vara att erinra. Ett relativt stort antal av de intagna kunna emellertid ej anses behöva 12 timmars nattsömn. För många av dem innebär denna begränsning av dagen ett tvång eller irritationsmoment, som förorsakar vantrivsel.

Som ovan nämnts tager man vid en del sjukhus hänsyn härtill på så sätt, att man låter patienter, som kunna gå till sängs utan personals medverkan, vistas uppe något senare än de övriga. Genomförande av denna ordning vid samtliga sinnessjukhus får utredningen såväl ur sjukvårdssynpunkt som av humanitära skäl på det bestämdaste förorda. Då medicinska eller andra särskilda skäl i de enskilda fallen icke tala däremot, synes i enlighet härmed tiden för nattsömn för patienter, som själva kunna gå till sängs, böra begränsas till omkring 10 timmar per dygn och i stället tiden för måltider, »fritidssysselsättning» o. d. givas ungefär normal omfattning eller sammanlagt omkring 8 timmar. Utredningen finner det nämligen lämpligt, att ungefär 6 timmar i allmänhet reserveras för arbete eller liknande sysselsättning. Enligt vad som är brukligt böra patienterna dock ej tillhållas arbete under lördagseftermiddagarna. Räknar man sålunda med omkring 6 timmars arbete och för vissa patienter 8 timmar för måltider och fritidssysselsättning, skulle mellan väckningen på morgonen och den tidpunkt på kvällen, då samtliga patienter böra ha gått till sängs, ligga omkring 14 timmar. Sistnämnda tidpunkt skulle vara senast kl. 21, enär patienterna enligt utredningens uppfattning böra väckas tidigast kl. 7.

För att patienternas dag skall erhålla regelbunden rytm, är det angeläget, att tiderna för deras arbete fixeras och noggrant följas. Man bör sålunda undvika att disponera dessa tider för andra ändamål. Sysselsättning av förströelsekaraktär, såsom konserter, filmföreläsningar och patientfester, böra förläggas till »fritid». Då, såsom även i annat sammanhang framhållits, sö- och helgdagar äro psykiskt pressande för många patienter, bör man eftersträva att i möjligaste mån anordna förströelser under dessa dagar.

Såsom vanligen är fallet bör patienternas arbete till en del vara förlagt till förmiddagen och till en del till eftermiddagen. För att det så litet som möjligt skall verka tröttande, bör mellan dessa båda perioder infalla ett rikligt tilltaget uppehåll för vila och rekreation i samband med dagens huvudmåltid (middagen). Rådande ordning tillgodoser enligt utredningens uppfattning vanligtvis icke helt detta önskemål. Särskilt synas patienter, som tillbringa dagarna inom vårdavdelningar och särskilda arbetslokaler, ej i tillräcklig omfattning beredas tillfälle att vistas i det fria mitt på dagen (på promenader etc.). För den skull förordar utredningen, att patientarbetet under förmiddagen regelmässigt upphör en timma före nyssnämnda måltid och att denna timma huvudsakligen reserveras för vila och rekreation utomhus. Utredningen har icke något att erinra mot att denna utevistelse förläggas efter middagen. I allmänhet torde dock praktiska svårigheter utgöra hinder härför.

Även omedelbart efter huvudmåltiden böra patienterna beredas ungefär en timmas vila, under vilken de dock torde få vistas å vårdavdelningarna. Besökstid å vardagar bör sammanfalla med denna timma. Under lördagar samt sö- och helgdagar böra betydligt längre besökstider tillämpas, vilket också utan olägenhet torde kunna ske.

Rasten för eftermiddagskaffe innebär god rekreation. Såsom i annat sammanhang berörts bör emellertid enligt utredningens mening detta kaffe i regel serveras på resp. arbetsplatser. Denna ordning innebär nämligen en avsevärd tids- och arbetsbesparing genom att en stor del förflyttningar av patienter mellan vårdavdelningar och särskilda arbetslokaler undvikas. I kapitel 5 har utredningen för den skull föreslagit, att i anslutning till eller i närheten av byggnader för sysselsättnings- och arbetsterapi och verkstäder anordnas särskilda lokaler för bl. a. kaffeservering.

Gentemot den i allmänhet rådande ordningen i fråga om patienternas måltider torde i stort sett icke vara något att erinra. Arbetsstudierna ha emellertid visat, att anhopningen av arbetsuppgifter för vårdavdelningarnas personal mellan patienternas väckning och frukostmål är så stor, att en halv timma härför är alltför kort. Minst tre kvarts timma erfordras i stället. Om patienterna väckas kl. 7, bör sålunda deras frukost börja tidigast kl. 7.45. Vissa skäl, till vilka utredningen återkommer i nästföljande kapitel, tala emellertid för att väckningen bör något uppskjutas och påbörjas först exempelvis kl. 7.15. Vid sådant förhållande bör patienternas frukost icke serveras förrän tidigast kl. 8. Det synes lämpligt att patienternas väckning sker successivt, då stockningar i snygningsrum m. m. därigenom kunna undvikas.

Patienternas middag bör, såsom nu i allmänhet sker, infalla omkring kl. 12. Vanligen börjar kvällsmålet kl. 17.30 eller 18. Utredningen förordar den tidigare tidpunkten — 17.30 — emedan patienterna därigenom beredas längre tid för »fritidssysselsättning» efter denna måltid. Vidare kan personalen i centralköket och personalen för transporter av kost avsluta sitt arbete något tidigare.

I detta sammanhang vill utredningen understryka angelägenheten av en förbättring av patientkosten vid de statliga sinnessjukhusen. Av särskilt stor betydelse är att patienterna givas ett bättre och rikligare kvällsmål än det som i allmänhet bjudes dem. Likaså må framhållas önskvärdheten av att kosten serveras på ett smakligt sätt och att lokalerna för måltiderna äro trivsamma.

Såsom tidigare anförts inverkar patienternas dagordning i hög grad på *fördelningen av personalens arbetsuppgifter på olika tider av dygnet*. Först och främst gäller detta givetvis arbetet för vårdavdelningarnas personal men även arbetet för andra personalgrupper, såsom läkarna, uppsyningspersonalen samt verkstädernas och ekonomiavdelningarnas personal. Därigenom påverkas också personalbehovet under olika delar av dygnet.

Å vårdavdelningarna är av naturliga skäl det erforderliga antalet befattningshavare lägst från den tidpunkt, då samtliga patienter gått till sängs, intill dess väckning skall ske. Under denna del av dygnet består arbetet huvudsakligen av övervakning, och ojämnheter i arbetsuppgifterna förekomma därför vanligen icke. Under dagen kräves avsevärt större personal, och då

varierar arbetsuppgifternas mängd efter dagens olika skeden enligt dagordningen.

Med utgångspunkt från en bestämd dagordning bör emellertid så långt möjligt en jämn fördelning av arbetsuppgifternas mängd på dagens olika tider eftersträvas. Jämn fördelning på olika dagar är givetvis lika angelägen. En planering i detta syfte är nödvändig för att antalet personal med minsta möjliga kostnader och olägenheter skall kunna rätt avpassas efter det verkliga behovet. Uppenbarligen bör därvid tillses, att tillgången på arbetskraft för patienternas övervakning, sysselsättning och personliga vård är tillfredsställande även under de tider av dagen, då arbetsanhopningar icke kunna undvikas.

Arbetsuppgifterna för vårdavdelningarnas personal kunna grupperas på följande sätt:

- 1) övervakning samt sysselsättning och personlig vård av patienterna;
- 2) arbeten, som på grund av medicinska skäl eller enligt dagordningen måste utföras på bestämda tider, t. ex. väckning, medicinutdelning, patienttoalett, viss bäddning, dukning och servering för måltider samt förande av patienter till verkstäder;
- 3) arbeten, som måste utföras omedelbart, när anledning därtill uppstår, t. ex. omhändertagande av oroliga patienter, vissa transporter, städning efter onyggga och svar i telefon;
- 4) arbeten, som kunna utföras, när tillfälle därtill gives, såsom förande av avdelningsanteckningar, badning, rakning och hårklippning av patienter, vissa bäddnings- och städningsarbeten, sterilisering av instrument m. m.;
- 5) väntetider, fyllnadsarbeten o. d.

Såsom i andra sammanhang anförts är det angeläget att öka arbetskrafterna för den första gruppen arbetsuppgifter (övervakning samt sysselsättning och personlig vård av patienterna). Genom rådande personalknapphet begränsas vårdpersonalens möjligheter till aktiva insatser i dessa avseenden, och dess tjänstgöring får i alltför hög grad karaktär av passiv övervakning. Arbetsstudierna ha visat, att tillgången på personal för nämnda uppgifter även är mycket ojämn på grund av den under dagen avsevärt varierande omfattningen av arbete, som är hänförligt till grupperna 2—5. Detta förhållande framgår av stapeldiagram å *bilaga 5*, utvisande arbetets fördelning på olika tider av dagen inom en godtyckligt vald vårdavdelning, som varit föremål för arbetsstudier. Liknande ojämnheter uppvisa även övriga studerade avdelningar.

Det förefaller möjligt att i viss mån avhjälpa förenämnda brister genom att systematiskt undvika arbetsuppgifter, hänförliga till ovanstående grupp 4, på tider, då arbeten under grupp 2 infalla. Enligt arbetsstudieresultaten råder viss benägenhet att till morgontimmarna förskjuta arbeten, som torde kunna utföras senare på dagen, ehuru dessa timmar äro hårt belastade med arbetsuppgifter, som då måste utföras. Sålunda försöker man ofta slutföra all bäddning före patienternas frukost, och icke sällan påbörjas allmän städning

av avdelningarna under denna tid. Det förefaller lämpligare att begränsa bäddningsarbetet före frukost till bäddning, som av medicinska och hygieniska skäl måste ske så snart efter väckningen som möjligt. Bäddning av ej osnygga uppegående patienters sängar torde i relativt stor utsträckning kunna anstå tills frukosten avslutats. Vidare bör allmän städning icke påbörjas förrän efter denna tidpunkt.

I det föregående har framhållits önskvärdheten av att patienterna under de tider, som äro reserverade för sysselsättnings- och arbetsterapi, så vitt möjligt icke hindras att delta däri. Tillgången på vårdpersonal för utövändet av denna terapi bör då också vara särskilt riklig. Det torde emellertid icke kunna undvikas, att exempelvis badning, rakning och hårklippning av patienter i viss utsträckning måste ske under nämnda tider, åtminstone vad angår patienter, som sysselsättas inom vårdavdelningarna. Kunna sådana arbeten ske på annan tid, böra i första hand patienter, som arbeta utom dessa avdelningar, komma i fråga.

Ovan ifrågasatta utjämningar av arbetsanhopningar äro emellertid endast exempel på förefintliga möjligheter. Beträffande dessa förhållanden råda också skiljaktigheter de olika sjukhusen emellan, delvis på grund av lokala betingelser. Därför skulle det icke vara möjligt för sjukhusutredningen att utan alltför stor tidsutdräkt närmare ingå på detta ämne. Med hänsyn till den stora betydelsen av en rationell planering av avdelningsarbetet för vårdens effektivitet och arbetets underlättande förordas emellertid fortsatta undersökningar i detta avseende i samband med en allmän revision av sjukhusens dagordningar på grundval av vad ovan anförts.

Dessa undersökningar böra i första hand avse ett antal representativa vårdavdelningar av olika typ vid några olika sjukhus. Med ledning av resultaten därav bör medicinalstyrelsen meddela anvisningar i ämnet, enligt vilka i dagordningen vid varje sjukhus lämpligen införas ett relativt detaljerat tidschema för olika arbetsuppgifter. I den mån dessa anvisningar icke skulle kunna följas, bör sedermera i varje särskilt fall undersökas vilka lokala modifierationer, som äro påkallade. Utredningen anser det önskvärt, att fördelningen av tillgänglig sjukvårdspersonal på olika vårdavdelningar granskas i samband därmed. Stora skillnader förefinnas nämligen i fråga om personaltätheten inom likartade avdelningar, vilket närmare framgår av de uppgifter om arbetstid m. m., som utredningen inhämtat och som efter statistisk bearbetning sammanfattats i bifogade promemoria av byrådirektören hos centrala sjukvårdsberedningen M. E. Molander (*bilaga 6*).

Läkarnas arbete är givetvis också i viss mån beroende av den för patienterna fastställda dagordningen.

I allmänhet företaga överläkarna ronder tillsammans med underläkarna inom vårdavdelningar, verkstäder och arbetssalar varje vardags förmiddag från kl. 9 eller 10 till ungefär kl. 12. Inom överläkaravdelningar med mer än en underläkare förekommer stundom uppdelning av dessa ronder på så sätt,

att överläkaren och en underläkare gå genom vissa avdelningar och en underläkare genom de övriga. Sålunda går överläkaren i dessa fall icke daglig rond genom samtliga avdelningar.

Under förmiddagsronderna ske i regel undersökningar av nyintagna, retrospekter m. m., och ofta upptager sådant tidsödande arbete största delen av rondtiden. Vidare företaga underläkarna eftermiddagsronder, för vilka tiderna äro olika vid olika sjukhus. Därunder ske ordinationer, somatiska undersökningar o. d.

Överläkarna pläga på eftermiddagarna ha en mottagningstimma för patienters anhöriga, under vilken de även besvara telefonförfrågningar.

Syftet med utökningen av antalet läkare, som utredningen i annat sammanhang föreslagit, är att antalet patienter, med vilket varje läkare skall taga närmare befattning, minskas och att därigenom möjligheterna till mer ingående undersökningar och intensivare behandling av de enskilda fallen ökas. I enlighet härmed förordas, att varje överläkaravdelning i regel uppdelas på avdelningens underordnade läkare och att överläkaren tillsammans med vederbörande underläkare alternerande går rond inom de olika delarna. Överläkarens rond skulle sålunda per dag begränsas att omfatta endast en sådan del. Underläkarna skulle däremot dagligen företaga ronder inom sina resp. delar.

Även om skäl kunna andragas däremot, anser utredningen, att läkarronderna inom avdelningarna för kroniskt sjuka böra i viss mån begränsas, till förslagsvis en överläkarrond per vecka och en underläkarrond per dag. Härigenom kunna läkarnas krafter än mera koncentreras till undersökning och behandling av de akut sjuka, vilket får anses vara deras väsentliga uppgift.

Det huvudsakliga syftet med ronderna bör vara att ägna uppmärksamhet åt de allmänna förhållandena på avdelningarna samt vinna överblick för planering av närmare undersökningar och behandlingar. Diskussioner och undersökningar av enskilda fall böra i regel förläggas till särskilda konferenser. I sådana konferenser, som eventuellt ej erfordras varje dag, torde samtliga avdelningens underläkare böra deltaga, då det är önskvärt, att varje underläkare äger viss kännedom om övriga underläkares patienter med hänsyn till de ofta förekommande förflyttningarna mellan olika vårdavdelningar. Vederbörande underläkare böra vara beredda att vid dessa konferenser redogöra för de olika fallen.

Vid sådan arbetsplanering torde tiden för förmiddagsronderna kunna förkortas och varje läkare beredas tillfälle att under en större del av dagen än f. n. ägna sig åt sina speciella uppgifter. Utredningen anser också, att en stor del av den tid, som för underläkarnas del åtgår för eftermiddagsronder, kan inbesparas till förmån för undersökning och behandling av enskilda fall. Dessa ronder torde nämligen icke behöva företagas med den regelbundenhet, som nu tillämpas, och synas i stor utsträckning kunna ersättas med telefonförfrågningar och besök på enstaka avdelningar. Därför föreslår utredningen, att gällande generella föreskrifter eller direktiv i ämnet slopas. Därvid förutsättes,

att överläkarna skola äga bestämma i vilken utsträckning ronder av detta slag skola företagas.

Utredningen är vidare av den uppfattningen, att i regel ej heller i övrigt några närmare generella föreskrifter böra gälla angående på vilket sätt eller på vilka tider läkarna skola utföra sitt arbete. Varje överläkare bör äga att själv bestämma härutinnan och därvid tillse, att underläkarnas arbete planeras på rationellt sätt i syfte att utvinna största möjliga effekt därav. Samtidigt måste iakttagas att *läkarnas ronder och arbete i övrigt förorsakar minsta möjliga väntetid för underordnad personal eller andra rubbningar av verksamheten inom vårdavdelningar m. m.* Därför är det särskilt betydelsefullt, att ronder och mottagningar förläggas till bestämda tider. Därvid är det naturligt, att ronderna huvudsakligen försiggå mellan kl. 9 och 11 och att överläkarnas mottagningar för patienters anhöriga förläggas i anslutning till fastställda besöks-tider.

Utformningen av dagordningen i huvudsak enligt vad sålunda anförts framgår av *bilaga 7* (Förslag till dagordning), och utredningen föreslår, att ovan åsyftade revision av denna ordning vid de olika sjukhusen sker med utgångspunkt härifrån. Därest påbörjandet av patienternas väkning befinnes böra uppskjutas till exempelvis kl. 7.15, torde likaså tiden för deras frukost framflyttas med en kvarts timma.

Utredningen anser sig icke ha anledning att i förevarande sammanhang närmare ingå på planeringen av ytterligare personalgruppers arbete men understryker angelägenheten av att vederbörlig uppmärksamhet ägnas däråt med beaktande av ovan angivna principer. Det må dock tilläggas, att för att åstadkomma önskvärd arbetsro inom expeditioner och kontor bör det gälla som norm, att en viss, ej alltför rikligt tilltagen expeditions- eller mottagningstid är fastställd och respekteras.

Utredningen vill slutligen ock rikta uppmärksamheten på sådana tidsförluster, som innefattas i den tekniska termen spilltid. Därmed avses närmast i arbetstiden ingående väntetider, tider för personalens enskilda angelägenheter och fyllnadsarbeten.

Genom de utförda arbetsstudierna ha spilltiderna för olika personalgrupper vid sinnessjukhusen konstaterats och, såsom framgår av *bilaga 4*, uppgår väntetiden, tiden för fyllnadsarbete och enskilda angelägenheter för personalen inom lugna och halvoroliga vårdavdelningar till i medeltal 40 resp. 29 minuter per patient och vecka.

Förekomsten av viss spilltid är givetvis fullt normal och kan ej undvikas. Vissa sådana tider, närmast väntetider och tider för fyllnadsarbeten, kunna emellertid reduceras genom arbetsfördelning och arbetsplanering enligt rationella grunder. Utredningen anser det lämpligt, att förekommande spilltider och orsakerna härtill ägnas vederbörlig uppmärksamhet vid de undersökningar, utredningen förordat för den närmare planeringen av dagordningen för sjukhusen.

Kap. 12. Sjukvårdspersonalens tjänstgöringstider.

Nuvarande förhållanden. Efter medgivande av 1938 års riksdag har arbetstiden för huvudparten av sjukvårds- och ekonomipersonalen vid statens sinnessjukhus fr. o. m. den 1 januari 1939 begränsats till 48 timmars arbetsvecka. Den enda grupp av dessa personalkategorier, som numera icke har reglerad arbetstid, är uppsyningspersonalen.

I samband med nämnda medgivande anförde riksdagen i sin underdåniga skrivelse i ärendet den 29 mars 1938, att den förutsatte, att alla förefintliga möjligheter till rationell planläggning av personalens tjänstgöringstid och till effektivisering av arbetet prövades och tillvaratogs vid regleringens genomförande. I anslutning därtill och med hänsyn till arbetstidsbegränsningens ändamål — att så långt möjligt undanröja vådorna ur hälsosynpunkt av för lång arbetsdag — föreskrev medicinalstyrelsen i särskilda skrivelser till sjukhusdirektionerna den 16 december 1938, att befattningshavare, hänförlig till sjukvårdspersonalen, finge åtnjuta högst en helledig dag i veckan, under det att övrig ledighet skulle beredas genom partiellt lediga dagar.

Vid tillämpningen härav bereddes varje befattningshavare med dagtjänstgöring i regel heldagsledighet varannan söndag och en söckendag i varannan vecka samt halvdagsledighet (tjänstgöring endast 5 à 6 timmar) tre dagar per sjudagarsperiod. Under tre dagar i sådan period kom tjänstgöringen däremot att omfatta 10 à 10½ timmar. Befattningshavare med natttjänstgöring (vanligtvis omfattande 10 timmar 20 minuter per tjänstgöringstur) bereddes ledighet var tredje natt.

Statens sjukhuspersonals förbund gjorde emellertid invändningar mot en på så sätt ordnad tjänstgöring och önskade i stället ledigheten för personal i dagtjänst fördelad uteslutande på hela dagar. En sådan ordning innebär ledighet varannan söndag och var tredje söckendag. Då komma tjänstgöringsturerna att regelbundet omfatta minst 10 och under vissa dagar upp till 12 timmar eller mera. Personalsammanslutningens motivering vid framställningarna om ändring har varit, att heldagsledigheter skulle innebära mera vila och rekreation än halvdagsledigheter. Särskilt ansågos förmiddagsledigheter icke kunna på önskvärt sätt tillgodogöras.

På försök infördes sistnämnda ordning vid Salberga sjukhus fr. o. m. år 1943 och vid S:t Lars sjukhus fr. o. m. år 1944. Vidare har den försöksvis tillämpats vid Sidsjöns sjukhus alltsedan dess öppnande. Då därvid icke förmärkts några påtagliga olägenheter och förenämnda personalorganisation krävde dess genomförande vid samtliga sinnessjukhus, har medicinalstyrelsen funnit sig föranlåten att genom en cirkulärskrivelse den 14 december 1945 medgiva, att så finge ske, dock tills vidare endast på försök. Med hänsyn till att tjänstgöringsschema med heldagsledighet var tredje dag för samtliga befattningshavare skulle innebära ökad bortovaro för vårdavdelningarnas ansvariga personal vid morgonronderna, har styrelsen därvid dock föreskrivit,

att översköterskor skulle vara undantagna från det sålunda medgivna tjänstgöringsschemat. Styrelsen har också anbefallt, att man vid sjukhusen skall ha uppmärksamheten riktad på huruvida ändringen på något sätt påverkar befattningshavarnas hälsotillstånd samt årligen till styrelsen redogöra för erfarenheterna av systemets prövning.

Med stöd av detta medicinalstyrelsens beslut tillämpas numera vid de flesta sjukhusen heldagsledigheter för den underordnade sjukvårdspersonalen. Från åtskilliga sjukhus ha också gjorts framställningar om dispens från förbudet att medgiva översköterskor sådan ledighet. Medicinalstyrelsen har emellertid i ett cirkulär den 1 juni 1946 förklarat sig under nuvarande förhållanden kunna lämna sådan dispens endast för Vipeholms, Källshagens och Västra Marks sjukhus med hänsyn till den principiella vikten av att översköterskorna vid övriga sjukhus finnas i tjänst å sina avdelningar under fem av veckans vardagar.

Vid storstädernas sinnessjukhus gälla tjänstgöringsschemata, vilka äro likartade de som numera i allmänhet tillämpas vid statens sjukhus. Sålunda är tjänstgöringen vid exempelvis Stockholms sinnessjukhus ordnad på så sätt, att sjukvårdspersonalen beredes heldagsledighet var fjärde dag samt under ytterligare en dag per 30-dagarsperiod. Personalen är på så sätt icke såsom vid de statliga sjukhusen tillförsäkrad regelbunden ledighet varannan söndag och helgdag.

Sjukhusutredningens synpunkter och förslag. Såväl för ett ändamålsenligt tillvaratagande av arbetskraften som för att befrämja befattningshavarnas trivsel och skydda deras hälsa är det av stor vikt att tjänstgöringstiden rationellt planeras. I föregående kapitel har framhållits, att sjukvårdspersonalens tjänstgöringsschemata måste utformas med vederbörlig hänsyn till det varierande behovet av arbetskraft under dygnet och sålunda i en hel del avseenden på grundval av patienternas dagordning. Av vikt är emellertid också att man tillrättalägger tjänstgöringstiden på så sätt, att arbetet icke blir mer betungande och tröttande än nödvändigt. Personalen bör på lämpligaste sätt beredas tillfällen till vila och avkoppling, vilket är en förutsättning för att dess uppmärksamhet och arbetsförmåga under arbetstiden icke skall slappas. Därigenom undanröjas tillika i möjligaste mån risker för överansträngning. Dessa intressen ha för det allmänna arbetslivets del tillgodosetts genom vissa i arbetarskyddslagstiftningen angivna normer för arbetstidens närmare reglering. Sålunda är i lagen om arbetarskydd föreskrivet, att för varje period av sju dagar skall arbetare i regel åtnjuta sammanhängande ledighet av minst tjugofyra timmars varaktighet och att sådan veckovila såvitt möjligt bör förläggas till söndag. Därest inskränkning häri göres, bör enligt lagen motsvarande frihet från arbete beredas. Jämlikt lagen om arbetstidens begränsning må arbetsgivare i regel ej använda arbetare till arbete under längre tid, raster oberäknade, än 8 timmar av dygnet eller 48 timmar i veckan, dock att arbets-

tiden under något eller några av veckans dygn må utsträckas till högst 9 timmar, därest nyssnämnda begränsning icke därigenom överskrides.

Erfarenheter och särskilda arbetsfysiologiska undersökningar på olika verksamhetsområden ha bekräftat dessa normers berättigande. Sålunda har man ingående undersökt, hur prestationsförmågan förändras under arbetet, och funnit, att den sjunker allt snabbare ju längre arbetet fortgår. Det har vidare visat sig, att flera kortare uppehåll i arbetet i princip giver större effektivitet än färre långa sådana, även om den sammanlagda vilotiden är densamma. En faktor, till vilken även vederbörlig hänsyn måste tagas, är människors vanebildning. Denna kräver, att man eftersträvar regelbundenhet i fråga om arbetstidens längd och inplacering under dygnet.

Vid upprättandet av vid sinnessjukhusen tillämpade tjänstgöringsschemata har man utgått från att flertalet av sjukvårdspersonalens tjänstgöringsturer måste vara längre än åtta timmar per arbetsdag och att den överstigande arbetstiden bör kompenseras genom hel- eller halvlediga dagar. Med dessa utgångspunkter torde emellertid tjänstgöringen svårligen kunna ordnas rationellt.

Vid tillämpning av tjänstgöringsschema med halvlediga dagar varierar i stor utsträckning turernas längd, och i regel infalla ledigheterna växelvis på för- och eftermiddagar. Arbetet får sålunda icke den regelbundenhet i fråga om längd och inplacering under dygnet, som bör eftersträvas. Under de dagar heldagstjänstgöring infaller, måste arbetet fortgå under 10 à 10½ timmar, sålunda väsentligt mer än 8 timmar.

Såsom nämnts har statens sjukhuspersonals förbund gjort invändningar gentemot denna ordning. Därvid är det närmast oregelbundenheten i tjänstgöringen, som förbundet kritiserat och som föranlett dess yrkande på införande av ett arbetstidsschema med genomgående ungefär lika långa tjänstgöringsturer och med heldagsledighet var tredje vardag. Enligt vad ovan anförts medför emellertid detta, att arbetet under tjänstgöringsdagarna regelbundet måste fortgå minst 10 och under vissa dagar ända upp till 12 timmar. Även ett sådant schema strider sålunda mot de normer, som enligt erfarenhet och arbetarskyddslagstiftningen böra tillämpas. Å ena sidan måste de långa tjänstgöringsturerna innebära dels en i många fall olämplig fysisk och psykisk påfrestning för personalen, dels en ej önskvärd nedsättning av dess uppmärksamhet och arbetsförmåga under en del av arbetstiden. Å andra sidan blir därvid personalens fritid ej ordnad på det ur vilosynpunkt mest effektiva sättet. Kortare arbetstid varje dag torde vara mera ändamålsenlig.

Genom arbetsstudierna har bestyrkts, att mängden aktivt arbete under den senare delen av dagen väsentligt understiger motsvarande arbete tidigare på dagen. Detta förhållande har förmodats delvis vara betingat av den under tjänstgöringen tilltagande tröttheten hos personalen. I samråd med medicinalstyrelsen har utredningen från några sjukhus inhämtat uppgifter angående antalet ledighetsdagar för sjukdom hos vårdpersonalen för att undersöka, huru-

vida detta antal ökade vid övergång till tjänstgöringsschema, jämlikt vilket befattningshavarnas fritid är förlagd enbart till hellediga dagar. Det till buds stående statistiska materialet vid de undersökta sjukhusen visade sig därvid otillräckligt för bestämda slutsatser i frågan. Medicinalstyrelsen fortsätter emellertid undersökningen vid samtliga statliga sinnessjukhus och resultatet därav torde eventuellt kunna redovisas i styrelsens remissyttrande över detta betänkande.

I föregående kapitel har belysts huru arbetsuppgifternas mängd varierar under dagen. Arbetsanshopningar inträffa särskilt under förmiddagen på grund av ronder, behandlingar, forsling av patienter till lasarett för undersökning, städningsarbeten etc. Likaså uppstå sådana anhopningar i samband med måltider och vid den tidpunkt, då flertalet patienter gå till sängs. Utredningen har också framhållit angelägenheten av att man söker åstadkomma jämnare arbetsbelastning under dagen. Även om utjämning till en del torde kunna vinnas, får man räkna med att anhopningar av arbetsuppgifter under ovan angivna tider icke helt kunna undvikas. Tjänstgöringsschemat bör på grund härav medgiva fördelning av den tillgängliga personalens tjänstgöring på så sätt, att antalet befattningshavare i tjänst är större under de tider, då arbetsanshopningar inträffa, än under dagen i övrigt. Även härutinnan brista enligt utredningens mening de två tjänstgöringsschemata, som hittills prövats. Till följd av att tjänstgöringsturerna omspanna hela dagen, kan nämligen någon koncentration av personal knappast åstadkommas under vissa tider. Denna brist på smidighet utgör givetvis ett hinder för utnyttjande av arbetskraften på ett rationellt sätt och innebär bl. a. svårigheter att med tillgänglig personal tillgodose det ökade behov av arbetskraft på kvällarna, som skulle uppstå vid medgivande för större delen av patienterna att vistas uppe längre efter kvällsmålet enligt vad i kapitel 11 föreslagits. Vidare förutsätter en intensifiering av sjukvården, att vårdpersonalen i större utsträckning än f. n. aktivt medverkar i behandlingen av patienterna. Långa tjänstgöringsturer reducera personalens effektivitet i detta avseende, vilket ytterligare framhäver önskvärdheten av att nedbringa tjänstgöringstiden per arbetsdag.

Sjukhusutredningen har därför sökt finna en sådan lösning av förevarande spørsmål, att tjänstgöringen för sjukvårdspersonalen vid sinnessjukhusen komme att i fråga om rytm och daglig arbetstid så nära som möjligt ansluta sig till motsvarande — så gott som enhetliga — förhållanden inom andra verksamhetsområden. Därvid ha tjänstgöringsschemata vid vissa danska sjukhus varit till ledning. I Danmark har nämligen sjukvårdspersonalens tjänstgöring per dag i regel begränsats till åtta timmar. För att täcka arbetskraftbehovet under hela dagen tillgripes emellertid där ofta utvägen att uppdelat tjänstgöringsturerna i två delar medelst ett avbrott, omfattande 3 à 4 timmar. Man försöker dock numera enligt önskemål från personalhåll såvitt möjligt eliminera dessa avbrott.

Enligt utredningens mening bör man eftersträva att fördela tjänstgöringen lika på veckans alla dagar med de jämkningar, som föranledas av att personalen beredes söndagsledighet eller däremot svarande ledighet enligt arbetar-

skyddslagstiftningens normer. Varje befattningshavare skulle då förslagsvis tjänstgöra alla dagar utom varannan söndag och en vardag per 14-dagars-period. Det kan ifrågasättas, huruvida det ej är möjligt att enligt praxis inom andra verksamhetsområden något begränsa befattningshavarnas tjänstgöringstid under lördagarna, enär patienterna då icke sysselsätts med arbete under eftermiddagarna. Utredningen finner det ändamålsenligt att liksom f. n. tillämpa särskilda tjänstgöringsturer under natten och bereda den personal, som fullgör dessa turer, ledighet var tredje natt.

Vid ordnande av dagtjänstgöringen på nyss angivet sätt bör man i möjligaste mån undvika längre avbrott genom att låta de enskilda tjänstgöringsturerna börja och sluta vid olika tider. Detta underlättas genom framflyttning av tjänstgöringstiden för nattpersonalen så, att denna personal under cirka en timma på morgonen tjänstgör samtidigt med den först tillträdande dagpersonalen. För att i erforderlig utsträckning tillgodose kravet på kontinuitet bör man vidare tillse, att några för- och eftermiddagsturer delvis fortgå samtidigt. Detta vinnes emellertid utan vidare genom nyssnämnda skillnader i fråga om turernas inplacering. I detta sammanhang får utredningen framhålla angelägenheten av att någon av de ansvariga befattningshavarna inom varje vårdavdelning städse tjänstgör under morgontimmarna och förmiddagen, då läkarronder och behandlingar vanligtvis försiggå. Av viss betydelse är vidare, att denne befattningshavare under sista delen av sin tjänstgöring frigöres från det mera kontinuerliga avdelningsarbetet för att beredas tillfälle till översyn av avdelningen, meddelande av instruktioner till eftermiddagspersonalen, avdelningsanteckningar m. m.

För att täcka behovet av arbetskraft under söndagarna, då endast halva personalbeståndet är i tjänst, erfordras, att tjänstgöringsturerna dessa dagar omfatta omkring 11 timmar. Vid tillämpning av 48-timmars arbetsvecka kommer till följd härav tjänstgöringstiden att under övriga dagar uppgå till icke fullt 8 timmar, och det synes ej uteslutet att under lördagarna begränsa densamma till omkring 7 timmar. Ett tjänstgöringsschema, som uppbygges med så relativt korta tjänstgöringsturer, bereder i motsats till nuvarande schemata vissa möjligheter att avpassa antalet tjänstgörande befattningshavare i förhållande till det under dagen varierande behovet av arbetskraft. Genom att tjänstgöringsturerna äro lika långa kunna dessutom byten av turer mellan befattningshavarna obehindrat ske. Ett sådant schema kan vidare särskilt väl tillrättaläggas för anlitande av deltidsanställd personal.

F. n. pläga befattningshavarna 1 à 1½ timme efter morgontjänstgöringens början erhålla en måltidsrast om cirka en halv timme för att intaga frukost. Detta medför en förtunning av personalen på avdelningarna under morgontimmarna, då behovet av arbetskraft därstädes är stort. Utredningen ifrågasätter, huruvida icke befattningshavarna i stället — såsom det är brukligt inom andra verksamhetsområden — redan före tjänstgöringens början böra intaga frukost. En sådan ordning vore otvivelaktigt mer rationell och torde kunna underlättas genom att patienternas väckning påbörjas något senare, exempelvis kl. 7.15.

Sjukhusutredningen har låtit utarbета schematiska exempel på huru tjänstgöringen skulle kunna ordnas enligt dessa grunder för vårdavdelningar, som för dagtjänstgöring kräva sex sjukvårdsutbildade befattningshavare per avdelning eller samma antal som enligt följande kapitel beräknats för avdelningar med cirka 25 vårdplatser för akuta lugna eller halvroliga patienter samt för vissa avdelningar med omkring 40 vårdplatser för kroniska patienter.

Bilaga 8 utvisar, huru sjukvårdspersonalens arbetstid och ledighet kan fördelas under en viss tidsperiod. Enligt det anförda skulle varje befattningshavare under en 14-dagarsperiod beredas ledighet en vardag, vilket för en vårdavdelning med sex befattningshavare innebär, att endast fem av dessa äro i tjänst under sex vardagar av en sådan period. Denna ojämnhetsfråga om antalet tjänstgörande har i exemplet eliminerats genom att kombinera tjänstgöringen för personalen inom två avdelningar (avdelning 1 och avdelning 2) med vardera sex befattningshavare (A—F resp. G—L). Då kunna nämligen ledigheterna fördelas så, att en befattningshavare är ledig varje vardag, och därigenom blir totala antalet tjänstgörande konstant. För att detta antal skall bliva konstant även för varje avdelning erfordras, att två av personalen (F och L) alternera mellan de båda avdelningarna. Sistnämnda två befattningshavare kunna med fördel ersättas med halvtidsanställd personal (F_1 — F_2 och L_1 — L_2).

Vardagsledigheterna kunna fördelas på olika sätt. Enligt exemplet skulle de för varje befattningshavare infalla på olika veckodagar, vilket ur rättvisesynpunkt torde vara att föredraga. Därmed följer emellertid den olägenheten, att i en del fall mer än sju tjänstgöringsdagar komma att ligga mellan två ledighetsdagar.

Bilaga 9 upptager exempel på dagschemata för söndag, lördag och annan vardag. Vid upprättandet därav har eftersträfvats att inpassa tjänstgöringsturerna på så sätt, att antalet å avdelningarna samtidigt närvarande personal blir störst, då arbetsanhopningar pläga uppkomma, nämligen under vissa delar av förmiddagen samt under tiden närmast före patienternas måltider och den tidpunkt, då patienterna skola gå till sängs. Likaså har avsetts att den ansvarige befattningshavare, som börjar sin tjänstgöring på morgonen, under sista timmen av tjänstgöringen vanligtvis skall vara »övertalig». Det har ock räknats med att patienterna i allmänhet böra medgivnas att på kvällen vistas uppe längre än f. n.

Rasterna i samband med middagsmålet omfatta i regel en timma och rasterna i samband med kvällsmålet en halv timma. Endast för de tjänstgöringsturer, som enligt exemplet avsetts för halvtidsanställd personal, ha något längre middagsraster ansetts böra tillämpas. Turerna torde dock i viss mån kunna sammandragas och rasterna därigenom förkortas (se dagschema 4).

Enär alla tjänstgöringsturer under en dag äro lika långa, kan fördelningen av dem på tillgänglig personal ske på många olika sätt. Därvid bör tillses, att samma personal ej under någon längre tid i följd insättes

i tjänstgöringsturer, som fortgå till kl. 22. Fullgörandet därav i en följd kan exempelvis begränsas till en vecka. Tillses bör även att befattningshavare ej tilldelas tjänstgöring till kl. 22 under lördag före söndag, då han är ledig. Liksom i nu tillämpade tjänstgöringsschemata måste vidare de jämkningar företagas, som föranledas av att befattningshavarna bära beredas ledighet även varannan helgdag, som ej infaller på söndag.

Sjukhusutredningen avser, att tjänstgöringen för de i kapitel 9 föreslagna avdelningsbiträdena jämväl skall omfatta 48 timmar per vecka och vara ordnad på så sätt, att de åtnjuta ledighet varannan sön- och helgdag och under en vardag per 14-dagarsperiod. Huru utredningen tänkt sig deras tjänstgöring förlagd under dagen framgår av bilaga 9.

Tjänstgöringsschemata enligt de förordade principerna torde kunna upprättas även på andra sätt än som exemplifierats. Sådant schema måste vidare helt naturligt närmare tillrättaläggas med hänsyn till de lokala förhållandena vid sjukhus, där det skall tillämpas.

Kap. 13. Behovet av personal för sjukvårdsarbetet.

Nuvarande förhållanden. För det inre sjukvårdsarbetet vid de 18 statliga egentliga sinnessjukhusen med egna upptagningsområden finnas f. n. sammanlagt 114 läkarbefattningar. Då beläggningen uppgår till i runt tal 18 700, utgör antalet patienter per läkare i genomsnitt cirka 165. Denna relation är emellertid ganska olika vid de olika sjukhusen. Sålunda vårdas vid några sjukhus över 200 patienter per läkare. I kapitel 10 har redogjorts för uppsyningspersonalen. Antalet befattningar för övrig sjukvårdspersonal för den slutna sjukvården vid ovannämnda sjukhus uppgår f. n. till omkring 4 700, vilket innebär att i genomsnitt närmare 4 patienter vårdas per befattningshavare. Även i detta avseende råda dock skillnader de olika sjukhusen emellan.

Sjukhusutredningens synpunkter. Redan i det föregående har framhållits, att arbetskraften för sjukvårdsarbetet vid sinnessjukhusen i allmänhet numera ej är tillräcklig för ett effektivt utnyttjande av där befintliga vårdplatser. Utredningen anser sålunda, att det kräves en utökning av antalet läkare till åtminstone en per 100 à 125 patienter, och därvid har jämväl räknats med att arbetet med sjukhusens öppna vård samt mindre kvalificerade göromål skola avlastas dem. Då emellertid organisationen av läkartjänsterna sammanhänger med spørsmålet om sinnessjukvårdens utbyggnad, som är föremål för särskild utredning, framlägges icke här något närmare förslag i denna fråga.

Uppsyningspersonalens organisation har i dess helhet avhandlats i kapitel 10. Beträffande behovet av övrig personal för den slutna sjukvården får utredningen anföra följande.

Genom arbetsstudier har kunnat konstateras fördelningen av arbetstiden för vårdavdelningarnas personal på olika arbetsuppgifter, omfattningen av vissa göromål och deras fördelning på olika tider av dagen m. m. (bil. 4—5). Emedan avdelningspersonalens storlek måste avpassas ej endast i förhållande till omfattningen av direkt mätbara göromål, är det emellertid icke möjligt att genom sådana studier konstatera huru stort behovet av arbetskraft verkligen är. Resultatet av studierna kan dock vara till viss ledning vid bedömningen av detta behov, och utredningen har därigenom styrkts i sin uppfattning, att personalen inom vårdavdelningarna vid sinnessjukhusen vanligtvis är alltför fåtalig. Antalet får f. n. anses avvägt huvudsakligen ur säkerhetssynpunkt och är icke så stort, att befattningshavarna i nämnvärd omfattning kunna sysselsätta sig med de enskilda patienterna. Bortser man från sådant arbete som avdelningarnas skötsel och somatisk sjukvård, är deras tjänstgöring inom vårdavdelningarna i stort sett begränsad till tillsyn av att patienterna icke skada sig själva och varandra.

I kapitel 9 har föreslagits, att arbetskraften inom en del vårdavdelningar i första hand förstärkes med avdelningsbiträden. Detta är emellertid icke tillfyllest. Enligt utredningens mening bör den sjukvårdsutbildade personalen bringas till ett sådant antal, att den kan på ett effektivt sätt medverka i patienternas behandling. I det föregående har ock framhållits betydelsen av att relativt små avdelningar inrättas framför allt för patienter, som antingen icke färdigdiagnostiserats eller äro i behov av behandling. Självfallet kräva sådana avdelningar relativt större antal vårdpersonal än som nu vanligtvis finnes.

På grund av olika planering och utrustning kunna vårdavdelningar med samma platsantal vara mer eller mindre personalkrävande. Utredningen har dock sökt bedöma den personaltäthet, som i allmänhet kan anses erforderlig för olika avdelningstyper vid ett modernt sinnessjukhus med eget upptagningsområde. Därvid ha jämförelser gjorts med motsvarande förhållanden vid befintliga psykiatriska kliniker och vid vissa utländska sinnessjukhus.

Vid nyssnämnda psykiatriska kliniker är avdelningspersonalen av den storleksordningen, att antalet vårdplatser per befattningshavare uppgår till endast omkring 2. Vid danska sinnessjukhus av hög kvalitet uppgår platsantalet per befattningshavare, tillhörande sjukvårdspersonalen, till 2,5 à 3, under det att motsvarande siffra vid vårt mest moderna sinnessjukhus, Sidsjöns sjukhus, är omkring 3,5.

För akutavdelningarna vid ett sinnessjukhus erfordras enligt utredningens mening icke vårdpersonal i fullt samma omfattning som vid de psykiatriska klinikerna. De sistnämnda äro nämligen avsedda för vård i främsta rummet av patienter med psykoneuroser och av psyko-somatiska gränsfall. Vården där får på grund av det tidsödande diagnostiska arbetet en mer personalkrävande karaktär än vården å akutavdelningarna vid ett sinnessjukhus. Å andra sidan har erfarenheten visat, att vårdpersonalen vid Sidsjöns sjukhus är för knappt beräknad för fullt utnyttjande av sjukhusets kapacitet. Utredningen

anser sig därför böra förorda ett personalantal, som i stort sett överensstämmer med förhållandena vid vissa danska sjukhus, innebärande att antalet vårdplatser per befattningshavare, tillhörande avdelningspersonalen, för vederbörande sjukhus i dess helhet ej överstiger 3. Därvid räknar utredningen med avdelningsbiträden (jämte avlösare) i den utsträckning, som föreslagits i kapitel 9, och att inom varje överläkaravdelning finns en nattöversköterska (jämte avlösare).

I enlighet härmed har utredningen på sätt framgår av tabell 9 beräknat behovet av arbetskraft för vårdavdelningarna inom en överläkaravdelning av den storleksordning och med den sammansättning, som föreslagits i kapitel 15. Anmärkas må att det inom avdelningar, till vilka antingen insulinbehandling koncentreras eller senila osnygga, delvis sängliggande patienter sammanföras i större antal, kan visa sig erforderligt med större antal personal än som angivits i tabellen. Vidare kan det inom överläkaravdelning för män komma att krävas ytterligare någon eller några befattningshavare med huvudsaklig uppgift att övervaka och handleda patienter vid sysselsättning i utearbete.

Tabell 9. Beräkning av antalet personal för de olika vårdavdelningarna inom en överläkaravdelning av den storleksordning och med den sammansättning, som föreslagits i kapitel 15.

Vårdavdelningar	Antal vårdplatser	Dagpersonal				Nattpersonal			Summa sjukvårdsutbildad personal		Totala personalen	
		sjukvårdsutbildade befattningshavare		avdelningsbiträden		över-sköt.	sköt.		verkligt antal	antal vårdplatser per bef.-hav.	verkligt antal	antal vårdplatser per bef.-hav.
		inom avd.	i huvudsak för arbete utom avd.	i tjänst	av-lösare		i tjänst	av-lösare				
Akuta lugna	24	6	1	1			1	$\frac{1}{2}$	$23\frac{1}{2}$	3·1	$26\frac{1}{2}$	2·7
" "	24	6		1			1	$\frac{1}{2}$				
" "	24	6		1			1	$\frac{1}{2}$				
" halvroliga ..	24	6	—	1			$1\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	8	3·0	9	2·7
" " ..	24	6	—	1			$1\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	8	3·0	9	2·7
" " ..	24	6	—	1			$1\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	8	3·0	9	2·7
Oroliga	24	9	—	—			2	1	12	2·0	12	2·0
" ..	24	9	—	—			2	1	12	2·0	12	2·0
" (mindre våld-samma)....	24	8	—	—			2	1	11	2·2	11	2·2
" (mindre våld-samma)....	24	7	—	—			2	1	10	2·4	10	2·4
Kroniska halvroliga..	42	6	1	1			2	1	10	4·2	11	3·8
" halvlugna ..	42	5	1	1			1	$\frac{1}{2}$	$7\frac{1}{2}$	5·6	$8\frac{1}{2}$	4·9
" lugna	42	4	1	1			1	$\frac{1}{2}$	$6\frac{1}{2}$	6·5	$7\frac{1}{2}$	5·6
Summa	366	84	4	9	$3\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	19	$9\frac{1}{2}$	118	3·1	$130\frac{1}{2}$	2·8

Anm. I antalet sjukvårdsutbildade befattningshavare ingå för varje avdelning en överskötare eller översköterska samt en förste skötare eller första sköterska.

I tabellen ha de befattningar, vilkas innehavare huvudsakligen avsetts för arbetsuppgifter av detta slag, hänförs till de avdelningar, från vilka patienter i stor utsträckning kunna förväntas bliva sysselsatta utanför avdelningarna. Det avses emellertid, att denna personal under andra tider än då patienterna arbeta (morgon, kväll, sön- och helgdag) skall tjänstgöra inom avdelningar, som äro i behov av personalförstärkning under dessa tider.

Den nuvarande organisationen innebär, att ersättandet av vårdavdelningarnas befattningshavare vid semester, sjukdomsfall och ledigheter av annan anledning i dess helhet måste ske med tillfälligt anställda vikarier. Denna ordning är icke tillfredsställande. Enligt utredningens mening skulle det vara av stor betydelse för sjukvårdsarbetets effektivitet, om utbildad och erfaren reservpersonal vore tillgänglig för att till en del täcka det ständiga behovet av ersättare för ledig sjukvårdspersonal. På grund härav föreslår utredningen, att det, utöver de sjukvårdsbefattningar som äro placerade å vissa vårdavdelningar, inrättas ett antal — förslagsvis 10 per överläkaravdelning — extra ordinarie tjänster för att bereda fastare anställning åt ersättare för sjukvårdsutbildade befattningshavare.

Då tillräcklig personal för vårdavdelningarnas räkning utgör en nödvändig förutsättning för effektiv sjukvård, föreslår sjukhusutredningen, att den sjukvårdsutbildade personalen successivt utökas vid de primärsjukhus, där personalbeståndet understiger det ovan förordade. Å *bilaga 10* har beräknats omfattningen av den sålunda föreslagna personalökningen för de statliga sjukhusens del. Där har ock angivits innebörden av utredningens förslag i övrigt rörande personalorganisationen vid dessa sjukhus.

A v d. IV.

Principförslag till planering och utformning av sinnessjukhus.

Kap. 14. Utgångspunkter och allmän planering.

Utgångspunkter. Genom i det följande framlagda förslag vill sjukhusutredningen närmare klargöra sina principiella synpunkter på frågan om planering och utformning av sinnessjukhus. Planeringen ur vårdsynpunkt bygger i huvudsak på vad i det föregående anförts. Vid planeringen ur arbetssynpunkt ha bl. a. arbetsstudier och organisationsundersökningar, som vid sinnessjukhus utförts av utredningens arbetsstudiedelegation, varit vägledande. Understrykas må att förslagen ej äro utformade med tanke på att de utan vidare bearbetning skola kunna läggas till grund för byggnadsarbeten. De äro främst avsedda att utgöra underlag för fortsatta undersökningar och diskussioner men torde icke desto mindre kunna tjäna till praktisk ledning vid såväl uppförande av nya sjukhus som renoveringar av befintliga.

I huvudsak har utredningen redan tidigare i en promemoria till medicinalstyrelsen redovisat sina synpunkter på förevarande spörsmål, och dessa ha i stor utsträckning kommit att ligga till grund för programmet för en av byggnadsstyrelsen utlyst arkitekttävling, avseende planeringen av ett nytt sinnessjukhus i Karlskrona. Utredningen har sedermera på flera punkter justerat och kompletterat sina förslag med ledning av vad som framkommit i samband med utarbetandet av nämnda tävlingsprogram.

Vid utformningen av förslagen har förutsatts att vården av smittoförande tuberkulösa sinnessjuka centraliseras till ett antal särskilda tuberkulosanstalter (eller -avdelningar) och att speciella anstalter komma att uppföras för psykopater, som icke böra vårdas å de egentliga sinnessjukhusen. Vidare har utredningen utgått från att nuvarande anordning med vissa organisatoriskt fristående sekundärsjukhus bör upphöra och att, i den mån det även i fortsättningen befinnes lämpligt anskaffa vårdplatser utanför primärsjukhusens ram, detta sker genom att till sådana sjukhus ansluta sekundäravdelningar, belägna i närheten av vederbörande sjukhus.

Såsom även i annat sammanhang understrukits är det, med hänsyn till angelägenheten av såväl samordning av statens och landstingens sinnessjukvård som ock ett intimt samarbete mellan sinnessjukvården och kroppssjukvården, önskvärt att de statliga sinnessjukhusens upptagningsområden så vitt möjligt bringas att sammanfalla med landstingsområdena. Därvid bör man också ha den möjligheten för ögonen, att det kan bliva aktuellt att organisera sinnessjukvården för varje landstingsområde eller

län för sig i stället för på grundval av beräkningar för hela riket (jfr s. 28). Nya sinnessjukhus böra därför i första hand förläggas till län, vilka sakna sjukhus av detta slag. I fråga om den närmare belägenheten, vilken i varje särskilt fall bör bestämmas i samråd med länsstyrelse och landsting, vill utredningen endast framhålla önskvärdheten av att sinnessjukhus förläggas inom eller i omedelbar närhet av stad med centrallasarett, vid vilket vederbörande landsting inrättat eller har för avsikt att inrätta psykiatrisk avdelning.

Allmän planering. Ett sinnessjukhus bör ej omfatta mer än två överläkaravdelningar med tillsammans omkring 700 vårdplatser. Dock böra möjligheter hållas öppna för utbyggnad med högst 100 vårdplatser, därest detta vid en senare tidpunkt skulle befinnas önskvärt för något speciellt ändamål, t. ex. anslutning av tuberkulos- eller sekundäravdelning. Utredningen förutsätter i så fall, att särskild läkare anställes för sådan avdelning. För samtliga vårdavdelningar gemensamma delar (panncentral, centralkök, tvätteri, verkstäder, laboratorium, expeditioner m. m.) böra för den skull dimensioneras så, att en dylik utbyggnad är möjlig.

Vid planläggning av nytt sinnessjukhus gäller det vidare att arkitektoniskt och byggnadstekniskt finna en ekonomiskt god lösning, icke minst i syfte att ernå lägsta möjliga kostnader för driften. I detta avseende är koncentration av anläggningen en given fördel. Viss isolering av vårdavdelningarna från varandra är emellertid nödvändig för att undvika störningar mellan olika avdelningar. Detta försvåras, om kravet på koncentration drives alltför långt. Vidare är det önskvärt, att varje avdelning eller åtminstone varje grupp av avdelningar har sin särskilda och lätt tillgängliga promenadplats. Vid en koncentrerad anläggning med ett större antal våningar kan detta knappast åstadkommas. En avvägning måste därför ske mellan å ena sidan koncentration och å andra sidan uppdelning.

Vid planering av sinnessjukhus föreligga sålunda i viss mån andra betingelser än vid planering av kroppssjukhus. Vidare måste psykologiska faktorer tillmätas avsevärt större betydelse vid utformningen av ett sinnessjukhus än ett kroppssjukhus. Vid sjukhus av sistnämnda art är patientens vistelse i regel av kort varaktighet. Sinnessjukhusens patienter måste däremot i många fall kvarstanna under lång tid. Målmedvetet måste därför en trivsam miljö eftersträvas. Jämväl av denna anledning kan icke den mer eller mindre renodlade blocktypen anses lämplig. En uppdelning av vårdavdelningarna på ett flertal olika byggnader torde vara att föredraga.

Enligt det anförda bör såsom allmän regel för planeringen gälla, att de för sjukhusverksamheten erforderliga lokalerna utformas och placeras i förhållande till varandra på det ur drift- och arbetssynpunkt mest ändamålsenliga sättet, samtidigt som de speciella krav i psykologiskt avseende, som sinnessjukvården uppställer, måste tillgodoses. Vid tillämpningen av denna regel har utredningen i det följande i flera avseenden utgått från förhållandena vid vårt lands modernaste sinnessjukhus, Sidsjöns sjukhus i Sundsvall, vars

planering utgör ett betydelsefullt framsteg i utvecklingen på ifrågavarande område.

Slutligen må tilläggas, att utredningen ansluter sig till den uppfattningen, att i den mån särskilda personalbostäder erfordras, dessa böra inredas i särskilda för ändamålet uppförda byggnader och sålunda ej i regel inrymmas i de egentliga sjukhusbyggnaderna, ekonomi- och förvaltningsbyggnaderna medräknade. Åtminstone några av de erforderliga byggnaderna för familjebostäder böra vidare förläggas utanför det egentliga sjukhusområdet på sådant sätt, att det ej är uteslutet att vid ändrade förhållanden uthyra bostäder till andra personer än befattningshavare vid sjukhuset.

Kap. 15. Vårdavdelningarna.

Planläggning och utformning. Såsom i kap. 2 anförts har sjukhusutredningen kommit till den uppfattningen, att vid ett sinnessjukhus böra finnas i huvudsak två avdelningstyper, en mindre typ om 20 å 25 vårdplatser och en större typ om cirka 40 vårdplatser. Avdelningarna av den mindre typen skulle i första hand vara avsedda för akut sjuka och kroniska mera svårskötta, oroliga patienter samt avdelningarna av den större typen huvudsakligen för kroniska, uppegående patienter, som äro i behov av vistelse å slutan stalt men ej av diagnostiska eller medicinskt terapeutiska åtgärder i någon större utsträckning. Patienter å sistnämnda avdelningar skulle i huvudsak kunna sköta sig själva, men kontinuerlig övervakning förutsättes. Till någon eller några av de senare avdelningarna kan även vården av vissa senila osnygga patienter förläggas, vilken anordning dock beräknas medföra ökat personalbehov därstädes. I den mån det skulle visa sig erforderligt, kunna också avdelningar av den mindre typen användas för detta ändamål. Företrädesvis bör dock vården av dylika patienter förläggas till sekundäravdelningar i omedelbar närhet av primärsjukhusen.

Intagningen av patienter avses koncentrerad till vissa av de mindre avdelningarna. Därför räknas icke med särskild upptagningspaviljong. Gentemot inrättande av en mindre sådan torde dock icke vara något att erinra.

Samtliga de avdelningar, som äro avsedda att användas för akut sjuka, böra vara väl ägnade för behandling av olika slag och tillåta en hög vårdintensitet. Motsvarande krav kunna icke rimligen uppställas för avdelningarna för kroniska patienter, som närmast kräva övervakning samt sysselsättnings- och arbetsterapi.

De mindre avdelningarna skulle vara av orolig, halvrolig eller lugn typ, de större däremot endast av halvrolig eller lugn typ.

Utredningen, som är väl medveten om att en distinkt gräns mellan kroniskt och akut sjuka ej alltid kan dragas, avser i fråga om de mindre avdelningarnas användning närmast, att patienter, som äro föremål för undersökningar eller behandlingar av olika slag, samt patienter, som äro särskilt ömtåliga

eller svårskötta, skola vara förlagda till dessa, emedan vården av detta klientel kräver å ena sidan relativt långt driven differentiering och å andra sidan förhållandevis stor personaltäthet. Varje eftergift i dessa avseenden innebär en försämring av förutsättningarna för vård av hög kvalitet och reducerar utsikterna till gott vårdresultat. Däri inbegripes det förhållandet, att ökning av avdelningarnas storlek också medför ökad psykisk och fysisk påfrestning för där tjänstgörande personal.

Sjukhusutredningen har stannat vid 20 å 25 vårdplatser för alla de mindre avdelningarna dels på grundval av erfarenheter, som gjorts såväl här som i andra länder, dels ock för att största möjliga smidighet beträffande avdelningarnas disposition för olika ändamål skall vinnas. Enligt utredningens mening är det icke rationellt att genom variationer i fråga om platsantal m. m. begränsa möjligheterna härutinnan. Så långt möjligt böra i stället sjukhusens mindre avdelningar vara så inredda, att vederbörande överläkare kan — allt efter vad han finner lämpligast — disponera antingen endast vissa eller ock samtliga för intagning och undersökning resp. behandling.

I enlighet härmed böra icke speciellt inredda insulinavdelningar anordnas. Såsom skäl härför kan även det förhållandet åberopas, att behandlingsmetoderna inom sinnessjukvården numera växla i snabb takt och att det därför torde vara ovisst huru länge insulinbehandling kommer att användas. Över huvud synes utvecklingen medföra, att somatisk terapi får allt större betydelse inom sinnessjukvården, vilket ytterligare framhäver angelägenheten av att samtliga vårdavdelningar för akut sjuka göras likvärdiga ur behandlings-synpunkt. Vid sådan planering bör dock en så personalkrävande behandlingsform som insulincomabehandlingen koncentreras till viss avdelning inom varje överläkaravdelning. För elektrochockbehandlingen torde det vara lämpligt att bereda utrymme i centrala lokaler.

Med utgångspunkt från vad nu anförts samt med ledning av resultaten av arbetsstudier och organisationsundersökningar inom vårdavdelningar vid fyra olika sinnessjukhus, har utredningen låtit utarbета principskisser till planlösning av avdelningar för

- 1) oroliga patienter (*bilaga 11*),
- 2) akuta halvoro-liga eller lugna patienter (*bilaga 12*),
- 3) kroniska halvoro-liga patienter (*bilaga 13*),
- 4) kroniska lugna patienter (*bilaga 14*).

Vägleddande för de skisserade vårdavdelningarnas planering och utrustning med lokaler ha varit vårdavdelningarna vid Sidsjöns sjukhus, vilka i detta avseende lämpligen synas kunna tagas till förebild. Större möjligheter till differentiering av patienterna ha dock eftersträfvats, varför avdelningarna bl. a. försetts med relativt många enkelrum. Särskilt gäller detta den avdelningstyp, som är avsedd för oroliga patienter. De skisserade avdelningstyperna ha utrustats med patientrum på sätt framgår av tabell 10.

Framhållas må, att måtten å de olika lokalerna enligt skisserna äro ungefärliga. De äro dock avsedda att vara normgivande på så sätt, att avdelningarna

Tabell 10. Antal patientrum av olika slag inom vårdavdelningar enligt sjukhusutredningens principskisser (bilagorna 11—14).

Avdelningar för	A n t a l				Summa vårdplatser.
	enkelrum	3-patientrum	4-patientrum	6-patientrum	
oroliga patienter	12	—	—	2	24
akuta halvroliga eller lugna patienter	6	2	—	2	24
kroniska halvroliga patienter	12	4	—	3	42
kroniska lugna patienter	7	3	2	3	42

i princip icke böra lämna utrymme för annat än tillfällig — säsongbetonad — överbeläggning. Av praktiska skäl bör vidare den genomgående korridoren inom samtliga avdelningar givas en bredd, som ej understiger 220 cm. Ange- lägenheten av att tillräckliga dagrumsutrymmen anordnas må ock understrykas.

Genom arbetsstudier (frekvensstudier) har konstaterats huru många gånger personalen under arbetet förflyttar sig mellan olika lokaler inom vårdavdelningarna vid Sidsjöns sjukhus. Av tabell 11 framgår i stora drag resultatet av dessa studier; den inbördes placeringen av lokalerna inom de skisserade vårdavdelningarna har skett med ledning därav. Sådana bilokaler som

Tabell 11. Medeltal personalfrekvenser per dag mellan olika lokaler inom vårdavdelningar vid Sidsjöns sjukhus.

Avdelningslokaler	A v d e l n i n g a r f ö r								
	lugna patienter			halvroliga patienter			oroliga patienter		
			%			%			%
6-patientrum — dagrum	—	31	14	—	14	5.1	—	8	2.7
6- " — 1-patientrum	—	5	2.2	—	68	25	—	60	20.1
1- " — dagrum	—	5	2.2	—	10	3.7	—	12	4
Summa	—	41	18.4	—	92	33.8	—	80	26.8
Expeditions- o. behandlingsrum —									
6-patientrum	44	—	—	26	—	—	23	—	—
1- "	3	—	—	17	—	—	26	—	—
dagrum	18	65	29.3	34	77	28.3	6	55	18.5
förråd	18	—	—	9	—	—	20	—	—
sköljrum	18	36	16.2	5	14	5.2	18	38	12.8
Sköljrum —									
6-patientrum	34	—	—	31	—	—	40	—	—
1- "	1	—	—	22	—	—	38	—	—
dagrum	14	49	22.1	9	62	22.8	12	90	30.2
förråd	—	10	4.5	—	5	1.8	—	5	1.7
Förråd —									
6-patientrum	16	—	—	8	—	—	10	—	—
1- "	1	—	—	7	—	—	16	—	—
dagrum	4	21	9.5	7	22	8.1	4	30	10
Summa	—	222	100	—	272	100	—	298	100

Anmärkning: Medicinskåpen voro placerade i förråden. Så gott som samtliga frekvenser mellan expediti- och behandlingsrummen och förråden förorsakades därav. Vid proportionellt sett flera enkelrum för patienter bliva frekvenserna mellan dessa rum och övriga lokaler flera samt frekvenserna för större patientrum färre.

expeditions- och behandlingsrum, sköljrum och förråd böra enligt studierna i princip ha centralt läge inom avdelningarna. Därför ha dessa lokaler i regel förlagts till avdelningskorridorrens mittparti. Studierna ha också visat, att inom oroliga avdelningar böra ur övervakningssynpunkt större patientrum och enkelrum ligga intill varandra, under det att inom lugna avdelningar det är mer angeläget att större patientrum äro förlagda intill avdelningens dagrum. Frekvenserna mellan kök — matsal å ena samt avdelningarnas övriga lokaler å andra sidan äro så fåtaliga, att skäl för placering av avdelningsköken mera centralt inom avdelningarna än skisserna utvisa icke föreligga. Med hänsyn till önskvärdheten av att lätt kunna överföra patienterna mellan dagrum och matsal böra dessa lokaler ligga intill varandra.

I detta sammanhang må nämnas, att det övervägts huruvida för flera avdelningar gemensamma serveringskök borde inrättas för att därigenom möjliggöra rationalisering av framför allt diskningsarbetet. Med hänsyn främst till att detta arbete i stor utsträckning är lämpligt för patienter, som icke kunna sysselsättas med arbete utom avdelningarna, har utredningen efter samråd med personalrepresentanter dock ej ansett sig böra föreslå en sådan anordning.

Varje avdelning har i anslutning till dagrummet försetts med en speciell arbetslokal för patienter, vilka av en eller annan anledning icke kunna eller böra sysselsättas utanför avdelningen — i central arbetslokal eller dylikt — men ändock kunna arbeta med redskap och material, som ej äro lämpliga för användning i de vanliga dagrumsutrymmena. Dessa rum kunna också upplåtas för patienter, som önska arbeta för egen del på annan tid än vanlig arbetstid. Det må framhållas, att där man har erfarenhet av särskilda arbetslokaler inom vårdavdelningar, anses de vara av stort värde. Detta gäller även sådana lokaler inom oroliga avdelningar. Rummen avses anordnade på så sätt att någon förstärkning av övervakningspersonalen ej erfordras.

Vidare har räknats med att ett särskilt rum för förvaring under natten av kläder, som uppegående patienter använda på dagen, skall finnas inom varje vårdavdelning. Där böra även förvaras privata patientkläder, som ofta användas. Däremot avses att privata patientkläder och andra skrymmande tillhörigheter, som ej eller endast sällan komma till användning, skola förvaras i en för detta ändamål inredd avdelning av sjukhusets centralförråd under ansvar av föreståndaren för detta förråd (jfr kap. 5).

Inom varje överläkaravdelning böra förslagsvis två vårdavdelningar — en mindre och en större — till vilka sängliggande sjuka avses sammanförda, förses med solaltaner.

Såsom av skisserna framgår har det icke räknats med att några andra särskilda utrymmen för personalens räkning än garderober eller klädsåp (för ytterkläder, överdragskläder o. d.) samt toaletter skola inredas inom vårdavdelningarna. Inom avdelning för — oroliga och halvroliga — manliga patienter, där såväl manliga som kvinnliga befattningshavare kunna komma att tjänstgöra, har räknats med två personaltoaletter. Lokaler, i vilka per-

sonalen kan byta kläder, intaga medförd kost eller eljest uppehålla sig under raster m. m., har ansetts böra inredas utanför själva avdelningarna, exempelvis i varje paviljongs souterrängvåning. Paviljong, inom vilken både manlig och kvinnlig personal tjänstgör, bör förses med två sådana rum.

Beträffande de olika avdelningstyperna må följande tilläggas.

Avdelning för oroliga patienter (bilaga 11).

Ehuru utredningen tänkt sig, att de mest störande och våldsamma patienterna inom varje överläkaravdelning böra hänföras till särskild avdelning, har utredningen dock funnit sig böra förorda, att åtta enkelrum inom varje avdelning för oroliga patienter förläggas avskilda från avdelningen i övrigt, bl. a. för isolering av patienter, som icke lämpligen kunna vårdas tillsammans med de övriga. Genom att giva korridoren inom denna del av avdelningen stor bredd beredes också särskilt dagrumsutrymme för dessa patienter.

För att underlätta övervakningen inom avdelningens huvuddel avses, att väggpartiet i korridoren mot de båda 6-patientrummen icke skall vara högre än att befattningshavare med placering i korridoren kan samtidigt övervaka båda nyssnämnda rum.

Inom avdelningarna för oroliga patienter vid Sidsjöns sjukhus förekomma icke 6-patientrum. De största enheterna äro 4-patientrum. De flesta patientrummen där äro avsedda för två patienter. Endast ett å två enkelrum finnas. Då i principförslaget räknats med tolv enkelrum per avdelning för oroliga patienter, ha icke tillräckligt starka skäl ansetts tala för att inom den å bilagan 11 skisserade avdelningen begränsa de större enheterna till 4-patientrum. Enligt utredningens uppfattning innebär ej heller ett sammanförande av sex patienter i ett rum inom avdelningar av ifrågavarande slag några större olägenheter, och helt naturligt underlättas därigenom övervakningen.

Avdelning för akuta halvroliga eller lugna patienter (bilaga 12).

Då avdelningarna av denna typ äro avsedda att vara sjukhusens speciella behandlingsavdelningar, har koncentration av de lokaler, inom vilka patienterna vistas, ansetts så angelägen, att den motiverar avsteg från eljest tillämpad central placering av bilokalerna. Samma anordning, som ovan föreslagits för oroliga avdelningar beträffande väggpartiet i korridoren mot 6-patientrummen, torde vara lämplig här.

Vid amerikanska sinnessjukhus utspisas patienterna i stor utsträckning i centrala matsalar och medelst barsservering. Sjukhusutredningen är tveksam, huruvida samma eller liknande system skulle vara lämpligt vid våra sinnessjukhus. Däremot vill utredningen förorda, att barsservering möjliggöras inom vissa vårdavdelningar, i första hand inom avdelningar för lugna patienter. Därigenom torde utspisningen kunna försiggå snabbare och kosten tillhållas varmare. Vidare skulle en ej oväsentlig arbetsbesparing vinnas. På

grund härav avses, att en bardisk av enkelt slag skall inmonteras i väggen mellan kök och matsal inom nämnda avdelningar.

Ehuru så ej angivits å principskissen, tala starka skäl för att den del av avdelningarna, som inrymmer bad- och snyggningsrum, rum för patienternas kläder etc., avskiljes medelst ett dörrparti i korridoren. Patienternas rörelsefrihet skulle därigenom på ett ändamålsenligt sätt kunna begränsas under de tider på dagen, då den ifrågavarande delen ej i någon större utsträckning behöver användas.

*Avdelningar för kroniska halvroliga och lugna patienter
(bilagorna 13 och 14).*

Dessa avdelningar förete sinsemellan icke några större olikheter. I huvudsak har endast räknats med något större möjligheter till isolering av patienter inom avdelningarna för halvroliga än inom avdelningarna för lugna. Inom sistnämnda avdelningar böra möjligheter till barservering beredas på samma sätt som inom avdelningarna för akuta lugna patienter. Genom dörrpartier ha avdelningarna tänkts uppdelade i tre delar, varav den längst från dagrum och matsal belägna delen avses vara avstängd och ej använd på dagen. Då på avdelningarna för lugna komma att vårdas många patienter med s. k. frigång, är det ändamålsenligt att där inreda klädskap för dylika patients ytterkläder på sätt framgår av bilaga 14.

De olika avdelningarnas särskilda lokaler torde i fråga om inredning och utrustning kunna vara i stort sett lika. Härutinnan må följande anmärkas.

Dagrum. Såsom av skisserna framgår har det avsetts att dagrummen medelst skjutdörrar skola kunna avdelas på mitten. Vid behov — för undvikande av irritation patienter emellan — är det möjligt att ytterligare uppdelade dessa rum genom möblering eller halvhöga skärmar.

Vid inredande av vårdavdelningar vid sinnessjukhus måste stor uppmärksamhet ägnas åt ljuddämpning och ljudisolering. Detta gäller jämväl ljudet från radiohögtalare, varför sådan högtalare i ena dagrumshalvan bör vara så placerad och avskärmad, att den i minsta möjliga mån stör patienter, som uppehålla sig i andra halvan av samma rum eller annan del av avdelningen. För den skull bör också taket i förstnämnda dagrumshalva beläggas med ljudabsorberande plattor.

Arbetsrum för patienter. Detta är avsett att vara så stort, att det finns utrymme för t. ex. två större arbetsbord eller en vävstol och ett arbetsbord. Skåp för förvaring av redskap och arbetsmaterialier för samtliga å vederbörande avdelning arbetande patienter böra också inredas där. Även detta rum avses vara effektivt ljudisolerat, så att arbete där icke stör avdelningen i övrigt.

Besöksrum. För att bereda avdelningspersonalen möjlighet att övervaka vad som försigår i detta rum bör dess dörr förses med glasruta.

Patienttoaletterna. Antalet patienttoaletter avses i regel ej understiga tre per avdelning. Beträffande klosettstolarnas och urinoarens antal hänvisas till de olika skisserna. Särskild uppmärksamhet måste ägnas luftväxlingen, och luftevakueringen från avdelningarna bör till stor del ske genom dessa rum. I de patienttoaletter, som förläggas i anslutning till dagrummen, torde lämpligen installeras tvättställ.

Vid sinnessjukhusen i Schweiz har man vanligtvis försett varje enkelrum inom vårdavdelningar för oroliga och halvoroliga patienter med en från rummet i övrigt avskärmad klosettstol, vars spolanordning kan manövreras från avdelningskorridoren. Detta anses vara i hög grad arbetsbesparande. Det har dock icke varit möjligt för utredningen att bilda sig någon närmare uppfattning om lämpligheten av denna anordning, men försöksinstallationer därav synas snarast böra komma till stånd vid våra sinnessjukhus.

Toalettrum för personal. Samtliga dessa rum böra förses med tvättställ.

Snyggingsrum. Enligt de bifogade skisserna skulle varje avdelning ha ett mot avdelningskorridoren öppet snyggingsrum. Detta bör vara försett med minst fem à sex tvättställ och särskilda s. k. gurgel- eller tandborstningsställ. Det är av stor vikt, att antalet tvättställ ej understiger det ovan angivna. I annat fall blir patienternas morgontoalett alltför tidsödande. Placeringen av patienternas toalettsskåp har angivits å skisserna. Dörrarna å dessa skåp böra givas sådan konstruktion, att de i möjligaste mån motstå våld från patienternas sida.

Badrum. Genom de studier beträffande badningen av patienter, som utredningens arbetsstudiedelegation utfört, ha framkommit följande synpunkter.

Antalet badkar i vårdavdelnings badrum kan begränsas till två, emedan en befattningshavare icke samtidigt hinner ombesörja badning av fler än två patienter. Till varje badrums utrustning bör dessutom höra dels ett fotbadkar dels ock en fast dusch och en handdusch, den senare placerad mellan de båda badkaren och avsedd för — förutom tvättning av patienter — rengöring av karen. Varje badrum bör därjämte vara försett med en klosettstol (för användning huvudsakligen vid lavemang) och badrummet å de kvinnliga avdelningarna också med en sittdusch. Starka skäl tala för att badrummen även inom manliga avdelningar böra förses med sådana duschar, då badning av osnygga patienter förmodligen därigenom skulle kunna undvikas i många fall.

Genom en tumshög nivåskillnad (dock utan skarp kant) i badrummets golv bör detta indelas i två delar, den högst belägna delen försedd med avklädningsbänk och den andra delen avsedd för badkaren och duscharna. Av vikt är också att golvet ligger lägre än den angränsande avdelningskorridoren och har markerat fall mot golvbrunnar vid såväl badkarens fotändar som under den fasta duschen. För att göra arbetet med badningen mindre ansträngande och tidsödande böra badkaren placeras så högt, att badpersonalen kan arbeta i bekväm ställning (övre kanten exempelvis 80 cm över golvplanet). Karen behöva icke heller vara så djupa som nu vanligen är fallet (t. ex. 35—40 cm). De böra därjämte förses med kraftigare dimensionerad bottenventil än

som är brukligt. Denna ventil bör vara direktansluten till avloppsledningen och helst fotmanövrerad. Genom dessa anordningar skulle tömning efter bad kunna ske snabbare samt rengöringen av karen och badrummet i övrigt underlättas. Genom grövre dimensionering av rör och kranar för vattentillförseln skulle tillika snabb fyllning av karen möjliggöras. För att underlätta i- och urstigning kan vid fotändan av varje badkar placeras ett kraftigt vertikalt rör från tak till golv ävensom anordnas trappsteg till det fundament, å vilket karet bör uppställas.

Förvaringsrum för patientkläder. Dessa rum avses vara läsbara samt väl utrustade med anordningar för upphängning av gångkläder och med klädskap, i första hand avsedda för privata patientkläder. Där böra även andra patienttillhörigheter av mindre skrymmande art kunna förvaras. Av största vikt är att rummet förses med god ventilationsanordning.

Expeditions- och behandlingsrum. Storleken av dessa lokaler bör ej understiga den å skisserna angivna. Dörröppningen till rummet skall utan svårighet medgiva transporter därigenom av patienter på bår eller i säng, varför det är önskvärt att den är något bredare än dörröppningarna till övriga avdelningslokaler.

Kring rummets centrala arbetsplats — skrivbordet — böra telefon (lokal-) samt instrument- och medicinskåp (C. S. B:s standard eller Sidsjömodell) placeras. Sistnämnda skåp böra sålunda icke såsom nu ofta är fallet vara placerade i avdelningsförråden. I närheten av instrument- och medicinskåpet erfordras en rostfri diskbank med sköljlåda. Vidare bör rummet vara försett med tvättställ, elektrisk kokplatta — för sterilisering av instrument — rondbord, undersökningsbänk och några stolar. Undersökningsbänken skall kunna ställas vertikalt ut från vägg i rummet, då den givetvis bör vara väl åtkomlig från båda sidorna. Å *bilaga 15* åskådliggöres närmare rummets utrustning och dennas placering.

Förråd. Såsom ovan anmärkts är det icke lämpligt att avdelningens instrument- och medicinskåp placeras i förrådet. I övrigt synes icke något vara att erinra mot den sedvanliga inredningen av avdelningsförråd.

Omedelbart invid dörren till förrådet — inom detsamma eller i avdelningskorridoren — bör nedkast för smutsvätt placeras.

Sköljrum. Frekvensstudier ha visat, att sköljrummets utslagsback och städredskap böra vara lätt åtkomliga. Invid den plats, där städutrustningen förvaras, erfordras ett mindre torkställ för skur- och dammtrasor och i närheten av utslagsbacken, som förses med anordning för bäckenspolning, en rostfri diskbank med sköljlåda. På väggen över diskbanken placeras ett skåp, tillräckligt rymligt och inrett för förvaring av brickor, bäcken, lavemangkanor, spottkoppar, blomglas o. d. På rummets motsatta långvägg bör finnas dels ett större torkställ dels ock ett nedfällbart bord, avsett att användas huvudsakligen vid dammsugning av sängkläder. Inom sköljrummet — i väggen omedelbart invid dörren från avdelningen — placeras sopnedkast. Den fasta utrustningen i rummet anordnas lämpligen på så sätt, att golvet, som bör ha markerad lutning mot golvbrunn, i dess helhet är fritt.

Vidare är det önskvärt, att man från såväl sköljrummet som avdelningsförrådet har tillgång till vädrings- och piskbalkong.

Bilaga 16 upptager en skiss av sköljrummets inredning och utrustning.

Avdelningskök. Såsom ovan nämnts anser utredningen lämpligt, att det inom en del avdelningar beredes möjlighet till servering av patienterna från bardisk, inmonterad i väggen mellan avdelningarnas matsal och kök. I den mån sådan servering icke tillämpas, bör dukningen och serveringen ske med hjälp av serveringsvagnar. För porslin, matbestick och annan serveringsutrustning böra å avdelningar, där bardisk ej anordnas, i väggen mellan matsal och kök inbyggas skåp med dörrar åt såväl matsal som kök. Till en del böra de anordnas såsom värmeskåp för tallrikar m. m. för varma rätter. Inredningen bör i övrigt vara sådan, att serveringsutrustningen däri förvaras i korgar, i vilka den placeras efter diskning och som vid dukning kunna överflyttas å serveringsvagn. — Hopsamlandet av disk under och efter måltiderna är också avsedd att ske på serveringsvagn.

Utredningen finner det vidare önskvärt, att avdelningsköken förses med kylskåp och att skafferitrymmena lämna plats jämväl för patienters privata godsaker m. m. Därjämte erfordras ett skåp för utrustning för städning av kök och matsal. Ur arbetssynpunkt är det ändamålsenligt, att även avdelningskökens golv i möjligaste mån hållas fria. Diskbänkar o. d. böra sålunda icke förses med träunderreden.

Å *bilaga 17* åskådliggöres närmare avdelningskökens inredning och utrustning.

Utöver det anförda må beträffande vårdavdelningarnas inredning framhållas önskvärdheten av

- att inläggning av trösklar i möjligaste mån undvikas,
- att vita plattor ej i någon lokal användas som golvbeläggning,
- att *lättmanövrerbara* rullgardiner eller dylikt installeras,
- att erforderligt antal väggkontakter för anslutning av elektriska apparater, lampor m. m. installeras,
- att avdelningarna i viss utsträckning förses med dricksfontäner (se principskisserna),
- att i samtliga patientrum och dagrum belysning ej anordnas enbart i taket utan även genom lämplig väggarmatur, varvid bl. a. bör beaktas, att sängliggande patienter beredas möjlighet till läsning eller annan sysselsättning vid belysning,
- att vid lämpligt antal sängplatser anordnas kontakter för anslutning av radiohörlurar för sängliggande patienters räkning,
- att effektivt alarmsystem, för snabbt tillkallande av personalförstärkning från närliggande avdelningar, inmonteras, och att dessa anordningar äro så konstruerade, att de endast kunna bringas i funktion med nyckel eller dylikt, vartill patienter ej ha tillgång.
- att s. k. kombinations- eller serielås användas, så att antalet olika nycklar i möjligaste mån nedbringas,

och att sådana lås inmonteras, vilka vid användning åstadkomma minsta möjliga buller.

Tilläggas må att varje vårdavdelning lämpligen bör förses med ett låsbart fack för post m. m., som är tillgängligt från såväl avdelningen som trapputrymmet utanför densamma. Utredningen förordar nämligen, att den vaktmästare, som hämtar och lämnar post å ortens postanstalt för sjukhusets räkning, även omhänderhar sorteringen och distributionen inom sjukhuset av ankommande post och i viss mån insamling av avgående post. Vaktmästaren skulle genom ovannämnda fack kunna avlämna och hämta avdelningarnas post utan att behöva komma inom dessa. Denna ordning är att föredraga framför den nu vanligtvis tillämpade hämtningen av post i central byggnad, särskilt som det är önskvärt att avlasta avdelningspersonalen sådana arbetsuppgifter, som föranleda den att avlägsna sig från avdelningarna. I samband med distribution och insamling av post torde också budskickning med nämnde vaktmästare i ej obetydlig utsträckning kunna ske inom sjukhuset. De föreslagna facken avses använda även för detta ändamål.

Följande för vårdavdelningarna ytterligare erforderliga utrymmen kunna förläggas till resp. sjukpaviljongers souterräng- eller källarvåningar, nämligen

1) omklädningsrum för patienter med anordningar för förvaring av ytterkläder och skodon, som användas vid vistelse utanför vårdavdelningarna, samt i anslutning därtill ett snyggningsrum,

2) förrådslokal för varje avdelning för förvaring av utrustning, som icke för tillfället användes, m. m.,

3) rum — med värmeledning och god ventilation — för varje vårdavdelning för torkning och förvaring av madrasser,

4) låsbart utrymme för smutstvätt för varje vårdavdelning, i vilket avdelningens tvättnedkast utmynnar,

5) soprum, i vilket sopnedkast utmynna,

6) hytt för rikstelefon, gemensam för de i vederbörande paviljong inrymda avdelningarna, där sådan hytt icke lämpligen kan placeras mera centralt (i paviljongens trapphus eller dylikt),

7) rum, i vilket personalen kan byta kläder, intaga medförd kost eller eljest vistas under raster m. m.

Såsom ovan nämnts erfordras inom sjukpaviljong, där såväl manlig som kvinnlig personal tjänstgör, två rum av sistnämnda slag. Varje sådant rum bör vara försett med lokaltelefon samt alarmklocka eller dylikt, ansluten till vederbörande paviljongens alarmsystem. Sjukpaviljongernas souterräng- eller källarvåningar böra vidare inrymma patient- och personaltoaletter i anslutning till promenadgårdarna, lokaler för förvaring av redskap för dessa gårdars skötsel samt skyddsrum.

Beträffande vårdavdelningarnas utformning och inredning vill sjukhusutredningen slutligen understryka betydelsen ur vårdsynpunkt av att man eftersträvar att skapa en trivsam, rogivande miljö, i vilken ljusa, diskreta färger

dominera och som helt saknar karaktären av kasern. Den största omsorg måste därför också ägnas avdelningarnas möblering och utsmyckning.

Antal vårdavdelningar av olika slag. Jämlikt från överläkarna vid sjuksjukhusen inhämtade uppgifter om vårdklientelet's sammansättning skulle vårdplatserna vid ett primärsjukhus fördelas på olika vårdavdelningstyper på ungefär följande sätt vid tillämpning av de normer för patientdifferentieringen, som sjukhusutredningen förordnat.

A v d e l n i n g a r f ö r	V å r d p l a t s e r			
	å mindre avdelningar		å större avdelningar	
	för män	för kvinnor	för män	för kvinnor
oroliga patienter	%	%	%	%
halvoroliga patienter	12	12	8	6
lugna patienter	12	10	9	8
	35	34	17	14
	69 %		31 %	

Med utgångspunkt härifrån föreslår utredningen följande sammansättning av en överläkaravdelning.

	Sammanlagt antal vårdplatser
3 avdelningar för <i>akuta lugna</i> patienter med vardera 24 platser	72 (20 %)
3 » » <i>akuta halvoroliga</i> patienter med vardera 24 platser	72 (20 %)
4 » » <i>oroliga</i> patienter med vardera 24 platser	96 (26 %)
1 avdelning för <i>kroniska halvoroliga</i> patienter	42 (11 %)
1 » » <i>kroniska halvoroliga eller lugna</i> patienter	42 (11 %)
1 » » <i>kroniska lugna</i> patienter	42 (11 %)
Summa 366	

Ett enligt sjukhusutredningens principer planerat sjukhus skulle sålunda er-hålla sammanlagt ($2 \times 366 =$) 732 vårdplatser, fördelade på 26 vårdavdelnin-gar. I förhållande till överläkarnas ovannämnda uppgifter om vårdklientelet's sammansättning innebär ovanstående fördelning av vårdplatserna på olika avdelningar vissa jämkningar. Dessa ha skett på så sätt, att utökning åstad-kommits av antalet sådana platser, på vilka det i första hand kan förmodas uppkomma brist. Särskilt plägar knapphet råda i fråga om tillgången på vård-platser för oroliga patienter. Det är dock icke tillrådligt att räkna med större antal sådana platser än som angivits. Å ena sidan medför nämligen ett överskott på platser för oroliga risker för att patienter i större utsträckning än som är nödvändigt och lämpligt nödgas vårdas på sådana platser. Å andra sidan torde man kunna räkna med att en så långt driven patientdifferentiering, som för-slaget innebär, medför att vårdklientelet i genomsnitt blir lugnare och mindre

svårskött än vid sjukhus med mindre goda resurser i detta avseende. Det må ock framhållas, att tillämpningen av de moderna behandlingsmetoderna i relativt stor utsträckning nedbringar antalet svårskötta patienter.

Kap. 16. Sjukhusets olika byggnader m. m.

Sjukpaviljongerna. Såsom ovan anförts böra vårdavdelningarna vid ett sinnessjukhus fördelas på flera byggnader — sjukpaviljonger — för att erforderlig isolering av avdelningarna från varandra skall kunna åstadkommas och för att särskilda från de olika avdelningarna lätt tillgängliga promenadgårdar skola kunna anordnas. Därvid bör av naturliga skäl undvikas att i en och samma byggnad inrymmas vårdavdelningar av helt olika typ. Om man utgår från att varje avdelning upptager ett våningsplan, böra icke mer än två avdelningar för oroliga patienter sammanföras i en paviljong. I övrigt synas däremot tre avdelningar kunna inrymmas i sådan byggnad.

I enlighet härmed skulle för överläkaravdelning av den storleksordning och med den utrustning med vårdavdelningar, som angivits i föregående kapitel, krävas fem sjukpaviljonger, lämpligen disponerade på följande sätt.

		Antal vårdplatser
Paviljong I:	3 avdelningar för <i>akuta lugna</i> patienter med vardera 24 platser	72
» II:	3 avdelningar för <i>akuta halvoroliga</i> patienter med vardera 24 platser.....	72
» III:	2 avdelningar för <i>oroliga</i> patienter med vardera 24 platser	48
» IV:	2 avdelningar för <i>oroliga</i> patienter med vardera 24 platser	48
» V:	1 avdelning för <i>kroniska halvoroliga</i> patienter med 42 platser	42
	1 avdelning för <i>kroniska halvoroliga eller lugna</i> patienter med 42 platser	42
	1 avdelning för <i>kroniska lugna</i> patienter med 42 platser	42
	Summa	366

Ett sjukhus med två överläkaravdelningar — en för män och en för kvinnor — kommer sålunda att omfatta sammanlagt tio sjukpaviljonger. Beträffande dessa byggnaders placering i förhållande till varandra och övriga delar av sjukhuset må anföras följande.

Sjukhusets naturliga centrum utgöres av de för samtliga vårdavdelningar gemensamma vitala delarna, såsom expeditioner för ledningen av sjukvården, central undersöknings- och behandlingsavdelning, tandklinik, laboratorium, centralförråd för läkemedel, sjukhuskontor, avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi, verkstäder, ekonomiavdelningar samt samlingslokaler o. d. Vid Sidsjöns sjukhus verkställda trafikstudier ha bekräftat betydelsen av att dessa delar av sjukhuset förläggas centralt i förhållande till sjukpaviljongerna. Vad angår sjukpaviljongernas inbördes läge böra av naturliga skäl de paviljonger, där den diagnostiska och terapeutiska verksamheten bedrivs

mest intensivt, d. v. s. paviljongerna med avdelningarna för akut sjuka, förläggas närmast centrum, under det att paviljongerna för kroniskt sjuka kunna placeras mer perifert. Vidare är det lämpligt att sjukpaviljongerna och de centrala byggnaderna grupperas längs en, helst inbyggd trafikled (se *bilaga 18*). En sådan planering underlättar nämligen framför allt de mycket omfattande transporter mellan vård- och ekonomiavdelningar, och genom användning av elektriska truckar — helst med krafttillförsel från kontaktledningar, inbyggda i trafikledens tak — kan stor snabbhet för dessa transporter uppnås, vilket är av betydelse särskilt för distributionen av kost. För kommunikationerna inom byggnaderna samt mellan deras olika våningsplan och nämnda trafikled böra byggnaderna vara utrustade med hissar av sådan dimension, att de även tillåta transporter av sjuka på bår eller i säng. Hissarnas placering inom sjukpaviljongerna framgår av de bifogade avdelningsskisserna (bilagorna 11—14).

Förutom de fördelar ur arbetssynpunkt, som ett byggnadssätt enligt ovan angivna plan innebär, är det fördelaktigt jämväl ur den synpunkten, att sjukhuset utan svårighet kan utbyggas efter nämnda trafikleds båda förlängningar.

Vid anläggningen av erforderliga promenadgårdar är det av vikt, dels att de bliva lättillgängliga från vårdavdelningarna dels ock att terrängens och vegetationens naturliga förutsättningar tillvaratagas för att giva gårdarna en trivsam utformning och hos patienterna i görligaste mån eliminera känslan av instängdhet. I detta syfte bör sådan promenadplats givas formen av trädgårdsanläggning med gräsmattor, blomsterrabatter, träd m. m. Den bör ock förses med förslagsvis två på tre sidor vindskyddade, övertäckta verandor. Vid sammanförande av likartade vårdavdelningar i paviljongerna enligt utredningens förslag torde i en del fall promenadgårdarna kunna vara gemensamma för flera avdelningar.

Inom eller i utbyggnad till en av sjukpaviljongerna för lugna patienter bör slutligen anordnas en sjukavdelning för personal. Vid ett sjukhus med sammanlagt omkring 700 vårdplatser torde sådan avdelning böra omfatta exempelvis två enkelrum och tre 2-patientrum jämte erforderliga bilokaler, såsom sköljrum, badrum, avdelningskök, toalett och förråd.

Administrationsbyggnaden. Liksom vanligtvis är fallet vid befintliga sjukhus böra erforderliga lokaler för ledningen av sjukvården och sjukhusets administration sammanföras i en gemensam byggnad, s. k. administrationsbyggnad.

I anslutning till det föregående får sjukhusutredningen beträffande planläggningen av denna byggnad vid ett sjukhus med två överläkaravdelningar om sammanlagt cirka 700 vårdplatser anföra följande.

Byggnaden bör förses med en huvudentré, som även utgör ingång för besökande. Därintill bör förläggas ett rum, avsett såsom dels expedition för upplysningar under besökstid dels ock arbetsrum för den vaktmästare, som hand-

har sjukhusets post och viss budskickning inom sjukhuset (postcentral). För den skull bör rummet vara försett med en mot entrén öppen expeditiionsplats samt brevlåda för avlämning av post och andra skriftliga meddelanden. Därintill förläggas lämpligen också en telefonhytt för allmänheten. Det må här anmärkas, att sjukhusets telefonväxel förutsättes förlagd till portvaksbyggnaden och sålunda icke till administrationsbyggnaden.

I övrigt beräknas följande lokaler vara inrymda i administrationsbyggnaden. Angivna ytmått äro *ungefärliga*.

Expeditioner för ledningen av sjukhusvården:

1 expedition för överläkare, tillika sjukhuschef	24	kvm
1 expedition för överläkare	18	»
4 expeditioner för överläkaravdelningarnas övriga läkare; vardera om 18 kvm	72	»
1 expedition för internmedicinsk konsult och andra av sjukhuset anlitade specialister för sjukhusvården samt för verksläkarmottagning ...	18	»
1 expedition i reserv för ytterligare en läkare i händelse av utbyggnad av sjukhuset e. d.	18	»
2 expeditioner för kansli- eller kontorsbiträden i anslutning till överläkarexpeditionerna och förenade med dessa genom dörröppningar samt så belägna, att dessa biträden kunna lämna anvisningar åt besökande till läkarexpeditionerna; vardera om 12 kvm	24	»
1 expedition för personalföreståndare	18	»
2 expeditioner — intill varandra och sinsemellan förenade genom dörröppning — för avdelningsföreståndare; vardera om 18 kvm	36	»
1 expedition för föreståndare för arbetsterapi	18	»
1 rum för skrivbiträden, centralt beläget i förhållande till samtliga ovan angivna expeditioner (ljudabsorberande takbeläggning)	24	»

Expeditioner för den öppna vården — hjälpverksamhet och familjevård:

1 expedition för överläkare	18	kvm
2 expeditioner — intill varandra och sinsemellan förenade genom dörröppning — för föreståndarinnor; vardera om 18 kvm	36	»
1 rum för skrivbiträde i anslutning till överläkarexpeditionen och förenat med denna genom dörröppning	12	»

Tillräckligt antal ändamålsenliga väntrumsutrymmen böra inredas i anslutning till läkarexpeditionerna. I närheten av dessa expeditioner bör vidare förläggas medicinskt bibliotek, vilket tillika kan utnyttjas såsom lokal för sammanträden med sjukhusdirektionen (30 kvm.).

Undersöknings- och behandlingsavdelning:

1 rum för elchockbehandling o. d. samt ett par särskilda vilorum med avskärmade viloplatser	40	kvm
1 rum för psykotekniska prov o. d.	20	»
1 rum för elektroencefalografi (med bilokaler)	35	»
1 operationsrum (där möjligheter till utförande av även t. ex. leukotomier skola kunna beredas)	25	»
1 omlägningsrum	15	»
1 sterilrum (mellan operationsrummet och omlägningsrummet)	10	»
1 väntrum	15	»

1 rum för fysikalisk terapi	20 kvm	
1 » » fotografering av patienter	10 »	
1 röntgenrum	20 »	
1 manöverrum	5 »	
1 framkallningsrum	5 »	
1 omklädningsrum (med dusch) i anslutning till lokalerna för fysikalisk terapi och röntgen	10 »	
2 reservrum à 20 kvm	40 »	

Tandklinik:

1 operationrum	15 »	
1 sterilrum	5 »	
1 väntrum	10 »	

Laboratorium:

3 rum à 20 kvm (kem. lab., blodmorf. lab., ekg., exp. m. m.), varav ett med utlämningsfack (ett för varje vårdavdelning) mot utanförliggande korridor	60 »	
2 rum om vardera 10 kvm (diskrum samt mikroskopi- och vågrum)	20 »	
3 rum à 5 kvm (förråd, mörkrum m. m.)	15 »	

Centralförråd för läkemedel:

1 rum med utlämningsfack (ett för varje vårdavdelning) mot utanförliggande korridor	30 »	
1 rum (som kan förläggas till källarvåningen, varvid trappförbindelse anordnas med föregående rum)	30 »	

Sjukhuskontor:

1 expedition för sjukhusintendent	18 »	
1 expedition för kassa med avlöningsdisk (18 kvm) och kassavalv (6 kvm)	24 »	
1 kontor med disk för allmänheten (40 kvm) och särskilt rum för arbeten med skriv- och räknemaskiner (12 kvm)	52 »	
(ljudabsorberande takbeläggning).		

Var och en av sjukhuskontorets tre huvudlokaler bör ha ingång från utanförliggande korridor, men de böra också vara sinsemellan förenade genom dörröppningar.

Arkiv:

2 rum, ett för vardera överläkaravdelning, för patienthandlingar (2 × 24 kvm)	48 kvm	
1 rum för handlingar, rörande den öppna vården	12 »	
1 » » direktionshandlingar	18 »	
1 » » sjukhuskontorets räkenskaper m. m.	24 »	
1 » såsom reservarkiv	12 »	

Dessa rum böra förläggas till souterräng- eller källarvåning.

Övriga byggnader m. m. Frånsett sjukpaviljongerna, administrationsbyggnaden och byggnaderna för erforderliga personalbostäder böra enligt sjukhusutredningens mening byggnaderna vid ett sinnessjukhus begränsas till följande, nämligen

- 1) byggnad för sysselsättnings- och arbetsterapi, verkstäder samt centralförråd för textilier, köks- och serveringsutrustning m. m.,
- 2) byggnad för tvätteri, centralkök, personalmatsal och proviantförråd,
- 3) byggnad för samlingssal, gymnastiksal, bastuavdelning, sällskapsrum för personal och patientbibliotek,
- 4) byggnad för panncentral (med utrymmen även för förbränning av sopor och avfall), elektrisk central, smedja, och sådan mekanisk verkstad, som bör vara ansluten till nyssnämnda centraler, desinfektionsavdelning, garage för sjukhusets bilar samt lokal för tyngre brandredskap,
- 5) kafébyggnad (fristående eller i anslutning till den under 1) angivna byggnaden),
- 6) byggnader för trädgårdsdrift (och ev. mindre jordbruk),
- 7) portvaktsbyggnad samt
- 8) byggnad för obduktionslokal och gravkapell.

Placeringen av de under 1—4 angivna byggnaderna framgår av bilaga 18.

I kapitel 5 har redogjorts för huru utredningen i huvudsak tänkt sig planeringen av byggnaden för sysselsättnings- och arbetsterapi, verkstäder samt centralförråd för textilier m. m. Såsom i annat sammanhang framhållits behandlas icke planeringen och utformningen av ekonomiavdelningar i föreliggande betänkande, och beträffande dessa anser sig utredningen här endast ha anledning anföra följande.

Utredningen räknar endast med två egentliga ekonomiavdelningar — tvätteri och centralkök — och sålunda icke med bageri, enär behovet av bröd numera i allmänhet med fördel kan täckas genom upphandling. I kapitel 4 har därjämte påvisats, att bagerier icke kunna anses motiverade ur arbets-terapeutisk synpunkt.

I anslutning till tvätteriet bör finnas en verkstad för reparation av tvättgods, ställd under tvättföreståndarens ledning. Ur arbetssynpunkt är det nämligen önskvärt, att det ankommer å denna ekonomiavdelning att efter tvättning reparera söndriga persedlar före deras återställande till resp. avdelningar. Bl. a. undvikes därigenom åtskilligt dubbelarbete. Centralköket förutsättes planerat för enhetskost, d. v. s. i huvudsak samma kosthåll för patienter och personal. Intill eller omedelbart under centralköket bör proviantförrådet vara förlagt, varigenom transporter av proviant förenklas. Likaså underlättas i hög grad personalutspisningen, om personalmatsalen placeras i omedelbar närhet av centralköket. Serveringen där förutsättes ske från bardisk enligt självserveringsprincipen.

Byggnaden för samlingssal, gymnastiksal, bastuavdelning, sällskapsrum för personal och patientbibliotek bör vara förlagd intill och förenad med föregående byggnad på så sätt, att bekväm förbindelse finnes å ena sidan mellan centralköket och samlingssalen samt å andra sidan mellan personalmatsalen och personalens sällskapsrum. Till samlingssalen, som avses använd för gudstjänster samt teater- och biografföreställningar, konserter o. d., böra höra ett par rum för uppträdande samt apparatrum för biografmaskineri. Gymna-

stiksalen och bastuavdelningen skulle vara avsedda för såväl patienter som personal.

Omedelbart utanför sjukhusens områden pläga finnas kiosker, varest patienter med s. k. frigång kunna köpa tidningar, sötsaker m. m. Dessa kiosker ägas av enskilda eller kooperativa företag och stå sålunda icke på något sätt under sjukhusens kontroll. Sjukhusutredningen anser det ur olika synpunkter lämpligare, att försäljning av ifrågavarande slag i stället anordnas inom sjukhusområdet och ställes under sjukhusets överinseende. Rörelsen kan antingen drivas i sjukhusets egen regi eller också utarrenderas till lämplig person eller lämpligt företag. Vid sådant förhållande skulle patienter i betydligt större utsträckning kunna beredas tillfälle till egna inköp, vare sig dessa ske mot penningar eller mot särskilda poletter, som utlämnas såsom uttag av innestående arbetspremier eller privata medel. Även andra former för inköpens ordnande äro tänkbara. Försäljningen torde — med hänsyn bl. a. till de goda erfarenheter man vid amerikanska sinnessjukhus gjort i fråga om servering till patienter under friare former — lämpligen kunna kombineras med servering av kaffe, läskedrycker m. m. till patienter med frigång under exempelvis lördagseftermiddagar samt sön- och helgdagar. Genom anordnande av sådan kaféerörelse skulle patienter också kunna beredas möjligheter att sammanträffa med besökande under mera angenäma former.

Lokalerna för nu angivna ändamål torde kunna vara gemensamma med eller anordnas i anslutning till de lokaler, som enligt vad i kap. 5 anförts böra finnas för kaffeservering åt arbetande patienter antingen inom eller i närheten av byggnaden för sysselsättnings- och arbetsterapi m. m.

Vad angår behovet av byggnader för trädgårds- och jordbruksdrift får utredningen erinra om sin i kapitel 4 uttalade uppfattning, att trädgårdsdriften i allmänhet bör utvidgas och jordbruksdriften reduceras.

Den vid huvudinfarten till sjukhusanläggningen förlagda portvaktsbyggnaden förutsättes inrymma sjukhusets telefonväxel, vilken avses vara automatiserad. Skötseln därav skulle sålunda vara förenad med portvaktsgöromålen.

Med hänsyn till önskvärdheten av att patienterna beredas »fritidssysselsättning» utomhus får utredningen slutligen understryka angelägenheten av att varje sinnessjukhus har en lämplig fest- och idrottsplats samt andra anordningar för sådan sysselsättning (miniatyrgolfbana, plats för krocket-spel m. m.).

Kap. 17. Sammanfattning och kostnadsberäkningar.

Vid översynen av vårt lands sinnessjukvård ur rationaliseringssynpunkt har sjukhusutredningen kommit till den slutsatsen, att det i främsta rummet icke gäller att söka finna möjligheter till ett förbilligande av nuvarande organisation och verksamhet utan fastmer att söka finna möjligheter att åstadkomma effektivare vård och därigenom en begränsning av den avsevärda successiva stegring i fråga om såväl anläggnings- som driftkostnaderna, som en fortgående kvantitativ utbyggnad oundvikligen medför. Åtgärder i detta syfte måste till en början medföra ökade kostnader för den löpande verksamheten.

På ifrågavarande område framträda tvenne spörsmål såsom väsentliga, nämligen sinnessjukvårdens ändamålsenliga avgränsning och tillgodoseendet av vårdbehovet för en rimlig kostnad.

Vad angår det första spörsmålet böra de egentliga sinnessjukhusen helt avlastas vården av kriminella psykopater och enbart sinnesslöa. Vid 1947 års riksdag har också frågan om psykopatvården i princip lösts på så sätt, att särskilda anstalter skola inrättas för denna vård. Likaså är sådan utbyggnad av sinnesslövården planerad och delvis beslutad, att, i den utsträckning vid de egentliga sinnessjukhusen alltjämt vårdas sinnesslöa, jämväl dessa kunna förmodas bli överflyttade till andra anstalter.

Frågan om vårdbehovets tillgodoseende gäller närmast i vad mån detta behov kan täckas genom mindre kostnadskrävande åtgärder än utökning av antalet vårdplatser. Beträffande detta spörsmål är sjukhusutredningen av den mening, att befintliga vårdplatser, bl. a. med hänsyn till psykiatriens utveckling, ej utnyttjas så effektivt som möjligt. För att giva sjukhusen större vårdkapacitet genom ett nedbringande av medelvårdtiden per patient erfordras utökning av deras personella och materiella resurser. Utredningen är väl medveten om de hinder, som i dagens läge möta härför, men måste icke desto mindre understryka, att det *ur rationaliseringssynpunkt* framstår såsom mest angeläget att i ökad utsträckning tillgodose sjukhusens behov i kvalitativt avseende för att möjliggöra intensifiering av sinnessjukvården. För ett effektivt utnyttjande av befintliga vårdplatser kräves härjämte bättre samordning mellan den kvalificerade sinnessjukvården och den speciella vården av lättskötta sinnessjuka, utbyggnad av den öppna vården samt ökade förutsättningar för intimt samarbete med kroppssjukvården.

Beträffande samtliga dessa allmänna synpunkter hänvisas till den närmare redogörelsen i kap. 2.

Emedan särskild utredning angående en hel del hithörande spörsmål pågår, har sjukhusutredningen ansett föreliggande betänkande böra begränsas att avse i huvudsak organisationen av sysselsättnings- och arbetsterapien och

det inre sjukvårdsarbetet vid sinnessjukhusen samt principerna för planering och utformning av sådana sjukhus. Beträffande statistik, bokföring, redovisning och blanketter vid sinnessjukhusen komma förslag att framläggas i en särskild promemoria. Frågor, som äro gemensamma eller likartade för sinnessjukhus och kroppssjukhus, såsom vårdavdelningars rengöring och underhåll, ekonomiavdelningars planering och drift m. m., kommer utredningen att avhandla huvudsakligen i senare betänkanden.

Sysselsättnings- och arbetsterapi. Det får anses vara lika betydelsefullt att sysselsättnings- och arbetsterapien i möjligaste mån utnyttjas som att andra möjligheter att bekämpa sinnessjukdomarna och underlätta patienternas återgång till normalt arbetsliv utanför anstalterna noggrant tillvaratagas. För den skull bör denna terapi bättre än f. n. tillrättaläggas för modern sinnessjukvård. Framför allt erfordras en utveckling av de enklare, intresseväckande sysselsättningsformerna — sysselsättningsterapien. Sjukhusutredningens förslag i detta avseende innebär i huvudsak, att särskilda, ändamålsenligt organiserade och utrustade avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi anordnas samt att åtminstone vid nybyggnader av sjukpaviljonger, varje vårdavdelning förses med ett arbetsrum för patienter. Vidare avses att den närmaste ledningen av denna terapi till största delen skall omhändervhas av särskilt för ändamålet skolad personal — arbetsterapeuter (eller instruktörer). Till dess närmare erfarenheter vunnits, skulle vid de statliga sinnessjukhusen för detta ändamål inrättas 145 tjänster, varav 80 för manliga och 65 för kvinnliga innehavare. Enligt den föreslagna organisationen skulle därjämte vid sjukhus med mer än en överläkaravdelning samt vid Källshagens och Salberga sjukhus en befattningshavare med utbildning såsom arbetsterapeut fungera såsom överläkarnas närmaste man för ledningen och övervakningen av sysselsättnings- och arbetsterapien. För de statliga sjukhusens del skulle erfordras sammanlagt 17 sådana föreståndare för arbetsterapi. Dessa sjukhus anses sålunda tills vidare vara i behov av sammanlagt 162 arbetsterapeututbildade befattningshavare. Motsvarande behov vid storstädernas sinnessjukhus har beräknats till omkring 40.

Vid genomförande av denna organisation beräknas ett fyrtiotal skötar-, överskötar- eller hantverksföreståndartjänster, vilkas innehavare förestå verkstäder för träslöjd, korgmakeri, borstbinderi, bokbinderi o. d., omändrade till terapeuttjänster.

Tills vidare föreslås föreståndarna för arbetsterapi placerade i lönegrad Ca 15 samt de manliga arbetsterapeuterna i lönegrad Ca 13 och de kvinnliga i lönegrad Ca 12.

Utredningen räknar med att utbildningen tills vidare bör vara i stort sett gemensam för arbetsterapeuter inom sinnessjukvård och kroppssjukvård. Den egentliga utbildningen för dessa befattningshavare, som skulle föregås av praktik vid sjukhus, avses omfatta dels undervisning i tekniska och social-

medicinska ämnen, dels ock assistenttjänstgöring vid sjukhus, där terapeut finnes. Som en övergångsanordning förordas, att lämplig yngre sjukvårdspersonal vid sinnessjukhusen stimuleras att undergå utbildningen för att därefter vinna anställning såsom arbetsterapeuter vid dessa sjukhus.

Vid ovanstående beräkning av antalet terapeuter har utredningen utgått från att arbetet inom sinnessjukhusens sy- och vävsalar, vilket nu förestås av särskilda slöjdföreståndare, med hänsyn till sin speciella natur skall handhavas av personal med ingående utbildning i textilarbeten. På grund härav har utredningen uppställt utbildning såsom lärarinna i kvinnlig slöjd eller därmed jämförbar utbildning såsom villkor för behörighet till tjänst såsom slöjdföreståndare och förordat uppflyttning av dessa tjänster från lönegrad Ca 12 till lönegrad Ca 15.

Inom sinnessjukvården är det av största vikt att patienterna åstadkomma påtagliga resultat under sysselsättning med arbete, emedan det till stor del är just dessa synliga bevis på förmåga, som hos psykiskt sjuka medföra terapeutisk effekt. Denna förstärkes ytterligare genom det erkännande av prestationsförmågan, som en ersättning för arbetsresultatet utgör. Därför ligger inom sinnessjukvården större behov än inom kroppssjukvården av att genom ersättning hålla patienternas intresse för sysselsättningen levande på grund av den långa vårdtiden för flertalet patienter. Ersättning för utfört arbete är vanligtvis också av stor ekonomisk betydelse för patienterna, icke minst i samband med utskrivning och frigång. Med hänsyn till dessa omständigheter föreslås ersättningarna för utfört arbete betydligt bättre avpassade i förhållande till värdet av arbetsinsatserna än nuvarande flitpenningar. Härav föranledd kostnadsökning kan emellertid förmodas bli till stor del kompenserad genom dels ökad effekt av terapin, dels större arbetsprestationer från patienternas sida och dels besparingar av andra utgifter för samhället i form av understöd o. d. till de från sinnessjukhusen utskrivna.

Utredningens förslag beträffande sysselsättnings- och arbetsterapien samt därmed sammanhängande spörsmål kunna för de statliga sinnessjukhusens del beräknas medföra en bruttokostnad, uppgående till omkring två miljoner kronor per år, varav cirka en miljon kronor i avlöningskostnader och en miljon kronor i ökade ersättningar till patienter för utfört arbete för sjukhusens räkning. På grund av att arbetsterapeuttjänsterna till en del skulle ersätta andra befintliga tjänster beräknas dock merkostnaden för terapeututbildad personal icke komma att uppgå till mer än omkring 700 000 kronor per år.

Sjukvårdsarbetets organisation. För att tillgänglig arbetskraft skall på bästa möjliga sätt tillvaratagas för sjukvården kräves i första hand en ändamålsenlig arbetsfördelning. Enklare arbetsuppgifter böra överflyttas från kvalificerad till mindre kvalificerad personal, och specialisering bör i viss mån eftersträvas.

Läkarna vid sinnessjukhusen synas kunna avlastas en hel del skriv- och expeditionsgöromål, därest de i större utsträckning än f. n. tillhandahållas

skrivhjälp och beredas ökade diktamensmöjligheter. För den skull föreslår sjukhusutredningen, att normalorganisationen i fråga om skrivpersonal för läkarnas räkning utökas på så sätt, att varje överläkaravdelning får minst ett biträde för registrering, patientbokföring och andra skrivgöromål. Med hänsyn till angelägenheten av att läkarna också givas förbättrade diktamensmöjligheter, föreslår utredningen vidare, att behörighetsvillkoren för denna biträdespersonal skärpas att jämväl omfatta kunnighet i stenografi. Vid sidan av nämnda normalorganisation bör möjlighet alltså stå öppen för sjukhusen att anställa extra skrivbiträden. I förekommande fall bör dock övervägas, om ej ett merbehov av skrivhjälp kan täckas genom tillhandahållande av diktafoner. Utredningen understryker ock angelägenheten av att de särskilda hjälpverksamhetsöverläkarna i erforderlig utsträckning tillhandahållas biträden för skrivgöromål.

Vissa skäl tala för att sinnessjukhusens läkare avlastas personalsjukvården och att läkare utanför sjukhusen anlitas för denna arbetsuppgift. Ur andra synpunkter är det emellertid förmånligt att sinnessjukläkarna alltså handhava denna vård. Utredningen har kommit till den slutsatsen, att sjukhusdirektionerna böra beredas möjligheter att med hänsyn till olika lokala förhållanden m. m. ordna personalsjukvården på det i varje särskilt fall mest ändamålsenliga sättet. De böra sålunda — i motsats till vad nu gäller — medgivas rätt att även förordna läkare utanför sjukhusen såsom verksläkare.

Den sjukvårdsutbildade personalen är f. n. i alltför stor utsträckning nödsakad att verkställa förberedelser till måltider, rutinmässig bäddning, städning o. d. Därigenom reduceras denna personals möjligheter att ägna sig åt de enskilda patienternas vård. Genom att uträta ärenden (bud) å sjukhuskontor, laboratorium etc. avlägsnar sig vidare personalen från vårdavdelningarna, där på så sätt tillgången på arbetskraft för övervakning och annat sjukvårdsarbete blir ojämn. Denna ordning innebär ej ett rationellt tillvaratagande av den i sjukvård utbildade och erfarna arbetskraften. Därtill kommer att personaltätheten inom vårdavdelningarna — oavsett nämnda olägenheter — är otillräcklig för en intensifierad vård. Vid sådant förhållande torde i första hand de arbetsuppgifter, för vilka sjukvårdsutbildning ej erfordras, böra överflyttas å biträdespersonal — avdelningsbiträden — och sjukhusutredningen föreslår, att tills vidare en tjänst för sådant biträde (Ce 2) inrättas för varje lugn och halvrolig vårdavdelning. Det bör dock stå sjukhusen fritt att disponera dessa tjänster även för oroliga avdelningars räkning eller eljest på sätt som befinnes ändamålsenligt.

Enligt dessa beräkningsgrunder skulle vid de statliga sinnessjukhusen erfordras sammanlagt omkring 350 befattningar för avdelningsbiträden, för vilka avlöningskostnaderna skulle uppgå till i runt tal 1 300 000 kronor per år. Därest enligt utredningens mening erforderlig ökning av personaltätheten inom vårdavdelningarna skulle ske med enbart sjukvårdsutbildad personal, komme den därav föranledda årliga kostnadsökningen att bliva närmare 500 000 kronor större än om förstärkningen sker genom att i föreslagen utsträckning anställa avdelningsbiträden.

Uppsyningspersonalen tages i anspråk för en mängd arbetsuppgifter, för vilka den får anses vara alltför kvalificerad. Sjukhusutredningen föreslår, att arbetsavlastning kommer till stånd på ett flertal olika sätt. Bl. a. skulle uppsyningspersonalens kamerala arbetsuppgifter till stor del överflyttas å sjukhuskontoren. Därjämte förordas, att handläggningen av ärenden rörande sjukvårdspersonalens och vissa andra personalgruppers anställnings- och tjänstgöringsförhållanden centraliseras till en, sjukhuschefen direkt underställd tjänsteman. För detta ändamål skulle vid sjukhus med mer än en överläkaravdelning anställas en särskild befattningshavare, personalföreståndare i lönegraden Ca 19. Denne avses ock skola få vissa personalvårdande uppgifter.

Genom föreslagna organisatoriska åtgärder räknar utredningen med att antalet befattningshavare i den förmansställning inom sjukvården, som uppsyningspersonalen intager, skulle — bortsett från personalföreståndarna — kunna begränsas till en per överläkaravdelning. Såsom beteckning för dessa tjänster förordar utredningen avdelningsföreståndare. Benämningarna uppsyningsman och föreståndarinna skulle sålunda bortfalla. Avdelningsföreståndarna föreslås placerade i lönegraden Ca 18.

Vid oförändrat antal överläkaravdelningar vid de statliga sinnessjukhusen (43) skulle enligt förslaget sammanlagt 64 uppsyningsmans- och föreståndarinetjänster utbytas mot tjänster såsom personalföreståndare (15) och avdelningsföreståndare (49). Av 52 övriga befintliga tjänster för uppsyningspersonal torde ett stort antal komma att erfordras för den utbyggnad av sinnessjukvården och utbildningen för denna, som är av behovet påkallad. Återstående tjänster av nämnda slag torde i mån av vakanser böra utbytas mot överskötat resp. överskötersketjänster för nya vårdavdelningar.

De årliga avlöningskostnaderna för den föreslagna organisationen beräknas vid statens sinnessjukhus bliva något mer än 300 000 kronor lägre än motsvarande kostnader för nuvarande uppsyningspersonal. Omorganisationen skulle medföra ökade arbetsuppgifter för sjukhuskontoren, men denna ökade belastning torde helt kompenseras av den lättnad i arbetet, som det beslutade införandet av avgiftsfri sjukhusvård kommer att innebära för dessa kontor.

Sjukhusutredningen ifrågasätter vidare vissa jämkningar beträffande den nu i allmänhet tillämpade dagordningen. Särskilt betonas önskvärdheten av att man låter patienterna vistas uppe längre på kvällarna än f. n. i de fall, där icke medicinska och andra särskilda skäl tala däremot. Vidare framhålles vikten av att en så jämn fördelning av personalens arbetsuppgifter på dagens olika tider som möjligt eftersträvas med utgångspunkt från en med hänsyn till sjukvårdens krav bestämd dagordning. Särskilt bör man söka nedbringa de arbetsanhopningar, som vanligtvis förekomma under morgontimmarna. I detta syfte har utredningen framlagt förslag till normaldagordning men förordar jämväl särskilda undersökningar för att vid de olika sjukhusen få till stånd en mer rationell arbetsplanering. Där

vid bör också fördelningen av tillgänglig sjukvårdspersonal på olika vårdavdelningar revideras.

Beträffande läkarnas arbete har bl. a. föreslagits viss begränsning av ronderna inom vårdavdelningarna för kroniskt sjuka till förmån för akutsjukvården.

Tillämpade tjänstgöringsschemata för sjukvårdspersonalen bereda enligt sjukhusutredningens mening ej i tillräckligt hög grad möjligheter att avpassa antalet tjänstgörande personal efter det under dagen varierande behovet av arbetskraft inom vårdavdelningarna, enär tjänstgöringen är så ordnad, att tjänstgöringsturerna omspanna i stort sett hela dagen. Denna ordning strider också mot de normer, som enligt erfarenhet och arbetarskyddslagstiftningen böra tillämpas för att på ett effektivt sätt tillvarata och samtidigt skydda arbetskraften. Utredningen förordar för den skull en successiv övergång till tjänstgöringsschemata, som bättre stå i överensstämmelse med nyssnämnda normer.

De krav på större personella resurser, som en intensifiering av vården vid sinnessjukhusen uppställer, kunna emellertid såsom ovan nämnts icke tillgodoses enbart genom en mer rationell planering av sjukvårdsarbetet. En utökning av antalet läkare och sjukvårdsutbildad personal för vårdavdelningarnas räkning är ofrånkomlig. För den skull förordas en successiv utökning av personalantalet inom vårdavdelningarna — inklusive de föreslagna avdelningsbiträdena — i den utsträckningen, att vid varje primärsjukhus antalet vårdplatser per befattningshavare ej överstiger 3. Utredningen föreslår vidare, att ett antal extra ordinarie tjänster inrättas för att bereda fastare anställning åt vissa ersättare för vårdavdelningarnas sjukvårdsutbildade befattningshavare.

För de statliga primärsjukhusens del kunna de årliga merkostnaderna för den föreslagna ökningen av personaltäteten inom vårdavdelningarna, i vad den avser sjukvårdsutbildad personal, beräknas uppgå till något mer än 3 000 000 kronor.

Planering och utformning av sinnessjukhus. Sjukhusutredningens principförslag beträffande planering och utformning av sinnessjukhus tager i första hand sikte på att i rimlig utsträckning tillgodose de krav ur medicinsk synpunkt, som nutida sinnessjukvård uppställer. Planeringen syftar i detta avseende till bättre patientdifferentiering, beredande av ökade och ändamålsenliga undersöknings- och behandlingslokaler, utrymmen för en rationell sysselsättnings- och arbetsterapi m. m.

Enligt förslaget bör ett sinnessjukhus ej omfatta mer än två överläkaravdelningar — en för män och en för kvinnor — med tillsammans omkring 700 vårdplatser. Antalet vårdavdelningstyper bör i huvudsak begränsas till två, en mindre typ om 20 à 25 vårdplatser och en större typ om cirka 40 vårdplatser. De mindre avdelningarna skulle i första hand vara avsedda för akut sjuka och kroniskt mera svårskötta, oroliga patienter och de större av-

delningarna huvudsakligen för kroniska uppegående patienter, som äro i behov av vistelse å slutan stalt men ej av diagnostiska eller medicinskt terapeutiska åtgärder i någon större utsträckning. Omkring 65 % av vårdplatserna föreslås fördelade på avdelningar av den mindre typen och övriga på större avdelningar. Vårdavdelningarna skulle vara utrustade med bl. a. flera enkelrum än som vanligen är fallet vid de befintliga sjukhusen.

Beträffande utformningen av vårdavdelningarna och ett sinnessjukhus i övrigt framhåller utredningen den psykologiska betydelsen av att en trivsam miljö åstadkommes.

Så långt de medicinska och psykologiska kraven medgiva, syftar emellertid förslaget jämväl till en ur drift- och arbetssynpunkt så rationell planering som möjligt. Utredningen har eftersträvat att placera såväl olika byggnader som olika avdelningslokaler i förhållande till varandra på mest ändamålsenliga sätt i syfte att nedbringa driftkostnaderna och underlätta arbetet. I fråga om inredning och utrustning avses vidare att de tekniska möjligheter till arbetsbesparing, som stå till buds för rimliga kostnader, skola utnyttjas.

Ett genomförande av i detta betänkande framlagda förslag skulle enligt utredningens mening möjliggöra ett effektivare utnyttjande av befintliga vårdplatser för sinnessjuka. En sådan utveckling får anses angelägen icke minst ur samhällsekonomisk synpunkt. De löpande kostnaderna per år för den statliga sinnessjukvården skulle till följd därav visserligen öka med i runt tal 6 miljoner kronor (motsvarande cirka 75 öre per vård dag), men dessa merkostnader torde väl uppvägas av minskade utgifter för en eljest nödvändig ökad utbyggnad. På grund av rådande förhållanden på arbetsmarknaden m. m. torde man emellertid endast kunna räkna med ett successivt genomförande av förslagen under en relativt lång tidsperiod.

BILAGOR

BILLY

*Bilaga 1.***Promemoria i anslutning till studieresa i Danmark i september 1945.**

Av dåvarande överinspektören för sinnessjukvården *E. Goldkuhl*.

I *Danmark* (1944—1945) äro omkring 6 000 *vårdplatser* för sinnessjuka tillgängliga vid statliga sinnessjukhus och omkring 3 000 platser vid andra vårdanstalter av olika slag. I familjevård äro omhändertagna sammanlagt omkring 1 200 sinnessjuka. Det sammanlagda platsantalet för sådana sjuka, å vårdanstalter och i familjevård — omkring 10 200 — utgör 2,6 per 1 000 invånare. Bortser man från Köpenhamn och dess sjukhus uppgår antalet platser per 1 000 invånare till endast 2,4, och detta antal synes täcka behovet. Vid de danska sinnessjukhusen finnas praktiskt taget icke några exspektanter och intagning kan, utom i undantagsfall, ske utan någon väntetid. Beläggningen överstiger ej heller det officiella platsantalet vid de olika sjukhusen.

I *Sverige* (1944—45) utgör antalet för vård omhändertagna sinnessjuka sammanlagt omkring 28 000, varav å statliga egentliga sinnessjukhus cirka 18 200, å statliga sekundärsjukhus cirka 1 600 och i familjevård, ansluten till de statliga sjukhusen, cirka 650, åorstädernas sinnessjukhus cirka 5 000, å psykiatriska kliniker cirka 200 och å kommunala vårdhem cirka 2 400. Bortser man från de å Stockholm, Göteborgs och Malmö sinnessjukhus vårdade, uppgår antalet omhändertagna sinnessjuka till omkring (28 000 — 5 000 =) 23 000, vilket f. n. utgör 4,2 per 1 000 invånare. Vid statens sinnessjukhus råder en betydande överbeläggning och antalet exspektanter är stort (f. n. närmare 2 000).

Såsom av det anförda framgår råder jämväl en anmärkningsvärd skillnad mellan Danmark och Sverige i fråga om omfattningen av familjevården för sinnessjuka. I Danmark äro icke mindre än omkring 1 200 eller mellan 11 och 12 % av de omhändertagna placerade i *familjevård*, inom den statliga sinnessjukvården i Sverige däremot endast mellan 600 och 700 eller något mer än 2 %.

Vid de statliga egentliga sinnessjukhusen i Danmark uppgår *patientomsättningen* (antalet intagningar) till i genomsnitt något mer 50 % av medelbeläggningen, under det att samma procenttal för motsvarande svenska sjukhus utgör endast ungefär 32. Vid de svenska orstädernas sinnessjukhus uppgår dock omsättningen till cirka 47 % och närmar sig sålunda de danska sjukhusens.

Vid de egentliga sinnessjukhusen i Danmark finns i genomsnitt en *läkare* per 95 patienter, under det att vid motsvarande anstalter i Sverige vårdas 168 patienter per läkare. Även antalet *sjukvårdspersonal* är avsevärt större vid de danska än vid de svenska sjukhusen. Mot en befattningshavare, tillhörande sjukvårdspersonalen vid de egentliga sinnessjukhusen, svarar i Danmark 2,6 patienter men i Sverige 3,9. Beträffande denna skillnad må anmärkas, dels att de danska sjukhusens vårdavdelningar äro betydligt mindre än de svenska sjukhusens, dels ock att dagtjänstgöringen för ifrågavarande personal i Danmark är två å tre timmar längre än i vårt land.

De frågor av medicinsk art, som kommittén önskade få besvarade genom sin studieresa till Danmark, voro i huvudsak följande:

I. Frågor av överbägende kvantitativ innebörd:

Vad kan tänkas konstituera den relativt väsentliga skillnaden mellan Sverige och Danmark beträffande behovet av vårdplatser för sinnessjuka, då det enligt vad som är känt icke råder någon större skillnad i fråga om morbiditeten?

Den danska kommittén för uppförande av nya sinnessjukhus i Nordjylland och på Själland har i sin Betænkning I (1944) anfört, att det i Sverige icke drages samma skarpa gräns mellan sinnessjuka och sinnesslöa som i Danmark och att detta skulle vara huvudanledningen till skillnaden i platsbehov, emedan en mängd patienter, som i Danmark placeras på sinnesslöanstalter, i Sverige intagas på sinnessjukhus. Även om så i viss mån är fallet, kan det emellertid omöjliggöra patientens tillgång till den storleksordningen, att de förklara en så avsevärd skillnad i promilleprocent för vårdbehövande som faktiskt föreligger mellan de båda länderna. Hela antalet på statens egentliga sinnessjukhus i Sverige vårdade sinnesslöa torde ej uppgå till mera än cirka 700 à 800 patienter, och då är att märka att flertalet av dessa intagits på grund av mellankommande psykoser.

Direktör Brøchner-Mortensen berörde vid diskussion med honom en annan möjlighet. Han menade, att den danska landsbefolkningen i allmänhet är så mycket burgnare än den svenska, att kravet på vård utanför hemmet blir avsevärt mindre i Danmark. Särskilt ansåg han detta märkbart i fråga om de danska bondehemmens förmåga att själva taga hand om sina defektläkta familjemedlemmar. Att en sådan socialekonomisk skillnad verkligen föreligger synes icke kunna bestridas. Det torde dock vara svårt att mera exakt bedöma dess inverkan på föreliggande fråga, ehuru väl verkan måste gå i den riktningen, att efterfrågan på åtminstone platser för kroniskt sjuka i viss mån minskas.

Viktigare torde dock det förhållandet vara, att de danska bestämmelserna angående intagning på sinnessjukhus äro mycket strikta och rigorösa. Det heter i Fællesregulativ for Statens Sindssygehospitaller § 3:

Udelukkede fra Optagelse er:

1. Saadanne, som fra Fødslen eller den tidlige Barndom har været Forstandens Brug berøvede, med mindre de fra Hjemmet indlægges til Behandling for en akut Sindssygdom.

2. Saadanne, hos hvilke Sindslidelsen maa betragtes som et forbigaaende eller mindre betydende Symptom ved en legemlig Sygdom.

3. Sindssyge, der lider af en saadan legemlig Sygdom, at deres Død kan forudses at ville indtræde om kortere Tid.

4. Sindssyge, der lider af akut Infektionssygdom.

Som av citatet framgår är kretsen av dem som på grund av sitt rubbade psykiska hälsotillstånd verkligen kunna påfordra sjukhusvård i Danmark väsentligt mer begränsad än i Sverige. Tendensen hos oss har under senare år varit, att även lättare och kroppsligt sjuka fall i största utsträckning beredas vård på sinnessjukhus, och detta icke blott då det gäller rena psykoser utan även psykopater, psykoneuroser, alkoholister, narkomaner o. d. Denna strävan synes mig i och för sig riktig, även om den lösning, som föreslagits i medicinalstyrelsens 10-årsplan för sinnessjukvårdens utbyggnad, nämligen att i huvudsak för framtiden hänvisa denna klientel till de av styrelsen föreslagna psykiatriska lasarettsklinikerna, måste anses innebära en långt adekvatere och därför mera idealisk lösning.

Härtill komma vissa kvalitativa faktorer av vikt, då det gäller frågan om skillnaden i behovet av vårdplatser. Ätminstone för undertecknad står det klart, att danskarna äro överlägsna i följande avseenden:

1:o) Även om de danska sinnessjukhusen långt ifrån alla äro moderna skapelser, ha de likväl genomgående moderniserats i vissa utomordentligt viktiga avseenden. Hit hör först och främst de stora gammalmodiga avdelningarnas uppdelning i flera smärre, sinsemellan skilda avdelningar, varigenom patienternas vård och trivsel väsentligt förbättrats och underlättats. Varje sjukhus har vidare tillgång till ett fullt modernt laboratorium med heltidsanställd laboratoris och är antingen självt utrustat med röntgen eller har tillgång till sådan vid närbeläget centralsjukhus.

2:o) Som av det föregående framgår är läkarantalet på de danska sinnessjukhusen betydligt större än på de svenska. Att detta är av utomordentlig betydelse, då

det gäller att intensifiera, effektivisera och icke minst individualisera vården, torde icke kunna förnekas. De svenska sinnessjukläkarna ha t. ex. icke möjlighet att hinna med någon psykoterapi, en utomordentligt viktig behandlingsform, som de danska läkarna äro mycket måna om att bedriva.

3:o) Det sagda gäller icke blott psykoterapien utan även den medicinska terapien i allmänhet. I Nyköping Sj. uppgavos 75 till 80 % av de nyintagna patienterna erhålla någon form av modern medicinsk terapi, och i Middelfart, där intresset för chockbehandling syntes lägst, uppgavs likväl siffran snarast ligga över 50 %. I Sverige torde det höra till ovanligheterna att mer än 20 à 25 % av patienterna bli föremål för modern medicinsk terapi. Även om en viss olika inställning till de moderna behandlingsformerna i de båda länderna här kan spela in, så är det uppenbart, att ett alltför lågt läkarantal icke bidrager till att öka det terapeutiska intresset.

4:o) Vidare torde det förhållandet inverka, att den danska konsultverksamheten är betydligt mera utvecklad än den svenska. På praktiskt taget varje stort danskt sinnessjukhus finnes en internmedicinsk konsult. I Sverige ha vi internmedicinska konsulter endast vid de stora kommunala sinnessjukhusen, under det att de statliga icke någonstades ha tillgång till fast anställd dylik. Då emellertid en stor procent av de sinnessjuka lida av komplicerande somatiska åkommor (Wohlfart, Sjögren m. fl.), är det klart, att avsaknaden av kvalificerad vård på detta område med nödvändighet måste förlänga vårdtiden, stundom kanske högst väsentligt. »Det är ingen skam att erkänna, att man som sinnessjukläkare icke kan följa med den interna medicinens snabba framsteg, men det är en skam, om man mot bättre vetande låtsas göra det», som överläkare Jacobsen, Nyköbing Sj., sade på tal om dessa ting.

Icke heller kan tuberkulosvården vid de svenska sinnessjukhusen anses vara tillfredsställande ordnad, även om vissa ansatser gjorts genom att dispensärläkare på sina håll som konsulter knutits till sinnessjukhusen. I Danmark är däremot vården av tuberkulösa sinnessjuka synnerligen välordnad, till vilket jag återkommer i det följande.

Sammanlagt torde de ovan belysta förhållandena vara tillräckliga för att förklara största delen av skillnaden mellan Sverige och Danmark i fråga om vårdbehovet för sinnessjuka.

II. Frågor av övervägande kvalitativ innebörd:

Hur stor bör en överläkaravdelning lämpligen vara?

Vid en av kommittén företagen enquête klagade åtskilliga svenska överläkare på, att de på grund av sina avdelningars storlek icke kunde sköta sitt arbete på ett sådant sätt som de själva önskade och de sjuka behövde.

De danska kollegerna förklarade tämligen enhälligt, att gränsen borde dragas vid högst 600 patienter, detta dock under förutsättning att tillräckligt antal underläkare (1 per 100 patienter) ställdes till deras förfogande. Större avdelningar voro praktiskt taget omöjliga att överblicka. Det svenska systemet med flera överläkare på varje sjukhus förkastades, utom av överläkare Jacobsen, Aarhus, som förklarade att 600 patienter vore för mycket för en överläkare, därest man önskade driva effektiv individualterapi och förordade sjukhus på sammanlagt 600 och 700 platser med en överläkare för varje könssida. Enligt vad professor Strömgren tidigare upplyst, har han härutinnan samma uppfattning som överläkare Jacobsen. (Jfr också medicinalstyrelsens 10-årsplan, som går på samma linje.)

Antingen den ena eller den andra linjen väljes, torde en ökning av det sammanlagda läkarantalet vid de svenska sinnessjukhusen till cirka 1 per 100 patienter icke kunna undgås, därest man vill eftersträva verklig effektivitet hos vården.

Hur stor bör en vårdavdelning vara för att medgiva optimala vårdförhållanden?

Beträffande akuta fall var enigheten hos de danska kollegerna överväldigande. De ansågo att *högst 20 à 25 patienter* borde ifrågakomma på dessa avdelningar, och menade, att det var ytterst viktigt, att vederbörande avdelningssköterska ingående kände till sina patienter och icke var mer arbetstyngd än att hon verkligen kunde ta hand om och bli god vän med dem. Därför var också kraven i personligt hänseende på de avdelningssköterskor, som skulle tjänstgöra på akutavdelningarna särskilt stora.

Beträffande åter de kroniska avdelningarna voro meningarna mera delade. Under det att en del läkare (Jacobsen, Aarhus, Henriksen, Middelfart, och flera yngre) ansågo, att man här kunde sträcka sig till 40 à 50 patienter per avdelning, menade andra (Jacobsen, Nykøbing Sj., och Christiansen, Aarhus), att det kroniska klientelet i själva verket krävde minst lika mycket tillsyn och omvårdnad som det akuta, därest man skulle nå några terapeutiska resultat att tala om. Sinnessjukhuset i Aarhus är i detta sammanhang värt att lägga märka till. Det har på 700 patienter icke mindre än 34 avdelningar, och därför blir överläkarens vid sjukhuset uppfattning, att de kroniska avdelningarna nog utan märkbart men kunde göras större, särskilt intressant.

Frågan om storleken av avdelningarna för kroniskt sinnessjuka synes vara av övervägande ekonomisk art, enär dessa avdelningar aldrig kunna tänkas ge terapeutisk valuta, motsvarande kostnaderna för en sådan långt gående uppdelning som den i Danmark.

Hur bör den s. k. B-vården organiseras inom sinnessjukvården?

Direktör Bröchner-Mortensen var ivrig att framhålla, att de s. k. B-fallen borde vårdas på »plejehjem». Han anförde som exempel de vårdhem, som kommittén besökte. Överläkaren Henriksen, Middelfart, menade att B-fallen lika väl kunde vårdas på själva sjukhusen. Ett antal B-avdelningar demonstrerades för undertecknad vid besöket. De gjorde ett beklämmande intryck och uppmuntrade på intet sätt till efterföljd, troligen mest beroende på den ytterligt spartanska utrustningen och bristen på sysselsättning för patienterna.

Någon lösning på denna fråga medförde resan knappast. Det förefaller osannolikt att den typ av plejehjem, som accepteras i Danmark, med dess blandning av sjukhus av B-karaktär, vårdhem för lättskötta sinnessjuka och centralhem för familjevård skulle passa i Sverige, helst som utvecklingen i detta avseende här redan gått mot större differentiering och bättre sällning av patienterna. Några direkta skäl vare sig för eller emot någon av de diskuterade principerna: a) B-avdelningar vid sjukhusen eller b) B-avdelningar som fristående vårdhem, underställda centralsjukhuset, kunde i varje fall undertecknad icke finna i de demonstrerade danska förhållandena. Sannolikt kan man väl i denna fråga utan nämnvärt men för sjukvården låta de lokala omständigheterna avgöra vilken princip, som bör följas i det enskilda fallet.

Kan den danska familjevården giva några impulser av värde?

De familjevårdhem, som demonstrerades, stodo på en efter svenska förhållanden mycket hög nivå. I Danmark betalar sjukhuset lika mycket för alla familjevårdspatienter eller 3 kronor 50 öre per dygn, oberoende av deras arbetsförmåga. Motiveringen härtill var, att man icke ville »auktionera bort patienterna» och att man ville hindra arbetsgivaren att oskäligt utnyttja sina patienter. Vederbörande läkare fastställde noga patientens arbetstid, och sköterskan kontrollerade vid sina besök att allt gick rätt till. Ett föredömligt instruktionshäfte utlämnades till vårdfamiljen, så att denna kunde sätta sig in i vad vården gällde. I Sverige utbetalas familjevårdsersättning efter glidande skala, beroende på patientens

arbetsförmåga, f. n. med högst 2 kronor 25 öre per dag vid statens sinnessjukhus, och någon skriftlig instruktion gives icke vårdfamiljerna. Otivelaktigt ha dessa förhållanden medverkat till att familjevården på sina håll råkat i vanrykte. Härtill har även medverkat placeringen av kriminalpatienter, särskilt kriminella psykopater, i svensk familjevård, något som är förbjudet i Danmark.

Otivelaktigt är en avsevärd ökning av den svenska familjevårdens kapacitet möjlig, och frågan är om icke de danska principerna därvidlag skulle kunna medverka till en dylik familjevårdens renässans.

Ha vi något att lära av den danska arbetsterapien?

Arbetsterapien stod på det hela taget högt, dock knappast högre än i Sverige. Procentsiffran för sysselsatta patienter var emellertid större, 70 till 80 % mot i Sverige i genomsnitt cirka 50 %. Kriget hade haft mycket menlig inverkan på arbetsterapien genom den därigenom uppkomna materialbristen. Så hade t. ex. vävningen alldeles upphört, och i stället sysselsattes patienterna med diverse andra arbeten, sömnad m. m. Trädgårdsarbete förekom i stor utsträckning och tycktes passa patienterna utmärkt. Vid sjukhuset i Nykøbing Sj. sysselsattes under vissa tider över 150 patienter i fruktträdgården. Trädgårdsalstren användes i första hand för sjukhusens behov. Först sedan detta var täckt, försåldes överskottet. Försäljning till personal var emellertid förbjuden.

Direktör Brøchner-Mortensen framhöll vid en konferens i Aarhus, att en mera maskinell inriktning av arbetsterapien *icke* bör eftersträvas. Ur terapeutisk synpunkt är det viktigt, att det vid varje sjukhus finns ett ganska stort antal olika arbetsformer att välja mellan, så att varje patient kan placeras i just den syssla, som bäst passar honom. Handarbete bör eftersträvas och ej ersättas med mer eller mindre maskin- eller fabriksmässigt betonade tillverkningsformer, dels därför att handarbetet i och för sig avlänkar patienten från hans sjukliga funderingar och dels för att en fabriksmässig drift skulle åstadkomma ett så stort produktionsöverskott, att det omöjligen skulle kunna förbrukas inom den danska statsförvaltningen. På den öppna marknaden kan och vill man icke konkurrera. Även överläkare Jacobsen, Aarhus, betonade det rent manuellas arbetets betydelse som avlänkare från de sjukliga idéerna och anknytningspunkt till de friska delarna av patientens personlighet, som därigenom stärktes och stimulerades.

Beträffande psykopater på specialavdelningar ansågo samtliga danska kolleger, att fullständiga yrkesutbildningsmöjligheter i ett par eller några yrken, som efter utskrivning kunde bereda full försörjning, vore att eftersträva. I dessa fall borde givetvis kännedom om de modernaste arbetsmetoderna bibringas patienterna. Där gällde det ju att göra vederbörande så konkurrensdugliga och socialt anpassningsbara som möjligt.

Hur är det danska flitpenningssystemet organiserat?

Detta system är organiserat ungefär som vårt, men patienterna ha betydligt större frihet att förfoga över sina intjänta belopp efter egen önskan. Patienterna ägde bl. a. att utan redovisningsskyldighet använda visst belopp per vecka (månad) till inköp av tobak, sötsaker, veckotidningar, papper o. d. De enda inköp som kontrollerades var frimärken med hänsyn till olämpligheten av fri korrespondens från vissa patienters sida. Tanken på ackordsavlöning efter glidande skala för vissa arbeten eller patientkategorier avvisades med undantag för psykopaterna. Man ville icke ha in en anda av affärsdrift inom sinnessjukvården, emedan en sådan princip lätt kunde urarta och komma att menligt inkräkta på de medicinska synpunkterna, som borde dominera.

Dessutom var socialvården så väl ordnad i Danmark, att patienterna vid utskrivningen på ett tillfredsställande sätt åtnöjt ekonomiskt bistånd. Detta är som bekant ännu icke förhållandet i Sverige. Behovet av att patienterna ha en

sparad slant, då de lämna sjukhuset, är därför icke så stort i Danmark. Enligt § 253 i lagen om offentlig försorg av den 20 maj 1933 kan en dansk sinnessjukpatient vid utskrivning få underhåll i 3 månader, och han kan dessutom erhålla 200 kronor för nödvändiga utgifter (kläder, verktyg o. d.). Flitpenningssystemet är därför i Danmark endast av betydelse som uppmuntran under själva sjukhusvistelsen.

Det synes uppenbart, att en tillämpning av liknande principer för bistånd vid utskrivning i vårt land skulle innebära ett avsevärt framsteg och minska antalet återintagningar av ekonomiska skäl. Det danska systemet är därjämte smidigt på så sätt att det verkar oberoende av den längre eller kortare tid, som patienten vistats på sjukhuset.

Kan antalet manlig personal inom vårdavdelningarna reduceras?

Samtliga tillfrågade, såväl läkare som uppsyningspersonal, förklara detta vara möjligt. I Danmark förekomma icke överskötartjänster, utom på »Sikringsanstalten» i Nykøbing Sj. (= kriminalasyl, närmast motsvarande våra fasta paviljonger). Överallt ha examinerade sköterskor ansvaret för vårdavdelningarna. Detta arrangemang väckte på sin tid opposition bland den manliga personalen, men numera hör man intet därav. Antalet manlig personal bör nedbringas så mycket som möjligt, enär kvinnor erfarenhetsmässigt ha bättre hand med sinnessjuka än män (Bröchner-Mortensen, Jacobsen, Aarhus, Jacobsen, Nykøbing Sj., Braun, Middelfart).

I samband med översköterskefrågan må nämnas, att ett särskilt problem har i Danmark varit frågan om laboratoriesköterskor, emedan sådana praktiskt taget icke kunnat uppbringas. Man har därför i stort utsträckning gått över till laboratorier utan medicinsk utbildning. Detta har visat sig vara ändamålsenligt, och ingen har numera intresse av att återgå till det gamla systemet.

Hur vårdas tuberkulösa sinnessjuka, kriminella psykopater och alkoholister i Danmark?

Tuberkulosvården var utmärkt ordnad genom tbc-avdelningen i Middelfart, vilken fungerade såsom central högkvalificerad vårdanstalt för alla de statliga sinnessjukhusens tuberkulösa patienter i smittsamt skede. Ett antal av 4 eller 5 dylika avdelningar i vårt land skulle, efter vad jag kan förstå, lösa detta hos oss hittills föga beaktade specialproblem inom sinnessjukvården.

Vården av kriminalpatienter, enkannerligen de kriminella psykopaterna, vållade samma bekymmer som i Sverige. Trots straffrifröklaringarnas mindre utsträckning i Danmark jämfört med Sverige och den därför betydligt mindre beläggningen med kriminella element på mansavdelningarna (3 till 3,5 % mot i Sverige 10 till 11 %) klagade man i Aarhus över att svårigheterna voro avsevärda ur såväl vård- som disciplinsynpunkt. Ett allmänt önskemål var att åtminstone de kriminella psykopaterna i görligaste mån utplacerades på speciella för dem avsedda och utrustade avdelningar, liknande våra svenska.

Alkoholistvården var tydligen ej så aktuell inom danska psykiatriska kretsar som inom svenska. I Danmark mottogs i princip endast alkoholpsykosor på sinnessjukhusen, medan övriga alkoholfall hänvisades till socialvården. Det var emellertid den allmänna uppfattningen, att alkoholpsykoserna på grund av kristid och depression numera nästan helt försvunnit. Den rigorösa inställningen till alkoholisternas behov av sinnessjukvård syntes botten i de tidigare refererade, allmänna föreskrifterna rörande intagning på sinnessjukhus.

Kostförhållandena m. m. vid de danska sinnessjukhusen.

I Danmark hade man 1938 övergått till s. k. *enhetskost*. Maten är numera, fränsett särskilda medicinska dieter och speciella läkarordinationer, densamma för alla patienter och samtliga funktionärer. Att detta betyder en synnerligen

stor förenkling i kökets dagliga arbete säger sig självt. Patienterna garanteras därigenom fullgod kost. Kommittén hade tillfälle att på ett par platser bese förberedelserna till utspisningen liksom själva måltiden. Man kunde därvid konstatera tillämpning av största omsorgsfullhet och estetiskt tilltalande former, och i detta avseende syntes den danska sinnessjukvården åtskilligt överlägsen svensk statlig sinnessjukstandard.

Huvudinvändningen från personalens sida mot enhetskostens införande hade på sin tid i Danmark varit densamma som den nu är i Sverige, nämligen att man skulle förlora aptiten genom att först servera och betjäna patienterna och sedan äta samma mat själv. Denna invändning hade i Danmark icke ansetts bärkraftig, och efter den första tidens oro och kverulans voro numera alla nöjda. Undertecknad frågade några av den underordnade personalen härom och fick bl. a. den upplysningen, att det på sina håll ordnats så, att den personal, som så önskade, fick äta före patienterna, och därefter hade alla klagomål upphört. En sköterska i Middelfart ansåg att enhetskostsystemet medför, att personalen bemödar sig om att göra utspisningsförhållandena angenämare för patienterna, till en viss grad för att själv undgå oestetiska intryck. Givetvis måste vid tillämpning av enhetskostsystemet särskilda kosttillägg utgå till utarbetande patienter liksom till akut sjuka under insulinbehandling.

Klädfrågan hade på grund av kriget kommit i ett ganska prekärt läge. Patienterna tillätos i stor utsträckning begagna egna kläder. Dessutom hade man måst tillverka sjukhuskläder av de mest olikartade material. Resultatet var överraskande: ingen önskade sig numera tillbaka till de flydda tiderna med deras tråkiga monoton. Vad man eftersträfvade var i stället mindre uniformitet och mindre anstaltsprägel även i denna detalj. I denna strävan ingick att egna kläder även för framtiden borde vara tillåtna, när patienten hade råd att hålla sig med dylika. Att man här hade kommit in på ett ur psykologisk synpunkt föga mindre viktigt problem än kosten och flitpenningarna, kan jag på grund av mina inspektionserfarenheter intyga.

Tiden för patienternas sänggående var i allmänhet kl. 20 till 21. Det hade icke berett några svårigheter att ordna personalens arbetstider på så sätt, att detta var möjligt. Befattningshavarna hade visat den största förståelse för patienternas och sjukvårdens intressen jämväl i detta avseende.

Såsom en sammanfattning av mina medicinska intryck av Danmarksresan och deras betydelse för kommitténs verksamhet att rationalisera svensk sinnessjukvård skulle jag vilja säga följande.

I Danmark (liksom i Schweiz) har man en känsla av att den sjuka människan och hennes behandling på ett helt annat sätt än i Sverige står i centrum för intresset och är huvudsaken inom sinnessjukvården. Detta har föranlett en mindre fulländad organisation än den svenska men åstadkommit långt större terapeutiskt intresse, intensivare vård i de flesta avseenden, större antal läkare och annan personal per patient, mindre avdelningar, mera hänsyn till patienternas behov och önskningar och en levande vilja hos alla, att de sjuka skola trivas och återvinna hälsan. I Sverige har det varit relativt lätt att få stora och ståtliga sjukhus. Men när det sedan har gällt driften och underhållet av dessa så ha åtminstone inom sinnessjukvården behoven av såväl personella som materiella resurser så föga tillgodosetts, att verksamheten lider av en beklaglig ineffektivitet. Till sist sammanhänger kanske detta med att i Danmark (och Schweiz) den humanitära grundsynen på sinnessjukvården slagit igenom på ett helt annat sätt än hos oss svenskar. Därmed må emellertid vara hur som helst. Ett står fast: Rationalisering av den svenska sinnessjukvården måste innebära först och främst *intensifiering* av patienternas vård och behandling samt av sinnessjukhusens medicinska drift.

**Promemoria i anslutning till arbetsstudier och andra undersökningar
under år 1945 av sjukhusutredningens arbetsstudiedelegation
inom vissa arbetssalar och verkstäder vid Sidsjöns,
S:ta Maria, Sundby och Lillhagens sjukhus.**

Sy- och vävsalar.

	Sidsjöns sjukhus	S:ta Maria sjukhus	Sundby sjukhus	Lillhagens sjukhus
<i>A. Utrymme o. d.</i>				
<i>Sy- och vävsalar för kvinnliga patienter:</i>				
Lokalyta i kvm.....	354	383	247	480
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.)	56	113	58	142
Lokalyta i kvm per arbetsplats	6·3	3·4	4·3	3·4
Antal vid undersökningarna utnyttjade arbetsplatser	36	65	34	96
<i>Vävsalar för manliga patienter:</i>				
Lokalyta i kvm.	308	249	—	241
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.).....	36	63	—	45
Lokalyta i kvm per arbetsplats	8·6	4·0	—	5·4
Antal vid undersökningarna utnyttjade arbetsplatser	31	46	—	36
<i>B. Utrustning med tekniska hjälpmedel o. d.</i>				
Vävsolar, normal storlek	37	64	15	59
” ” större	1	2	2	1
Svepstolar	—	—	1	2
Varpor med spolställ	1	—	1	2
” ” utan ”	—	3	—	2
Symaskiner, trampmaskiner	6	9	5	8
Symaskiner för elektrisk drift	1	2	3	3
Knapphålsmaskiner	—	—	1	—
Stickmaskiner	—	1	1	1
Skärmaskiner	—	1	1	1

Förutom ovan angivna utrustning finns i sy- och vävsalarna (och på vårdavdelningarna) ett relativt stort antal mindre vävsolar för vävning av band, gasbindor o. d. ävensom spolapparater, nystvindor, spinnrockar m. m.

I en del avseenden torde utrustningen böra förbättras. Vissa synpunkter härpå anföras nedan under D.

C. Personalens arbete.

Enligt arbetsstudierna ägnas endast en liten del av personalens sammanlagda arbetstid åt handledning av patienterna. Produktivt arbete upptager den mesta tiden (omkring 83 % inom sy- och vävsalar för kvinnliga patienter och omkring 60 % inom vävsalar för manliga patienter). Därvid må anmärkas, att de anställda

sömmerskorna i regel anses skola helt ägna sig åt sömnad för sjukhusens behov (reparationer och nysömnad) och ej åt patienternas sysselsättning.

I viss omfattning förekommer det att personal utför okvalificerat eller föga produktivt arbete, varmed i stället patienter med fördel skulle kunna sysselsättas, exempelvis klippning och sömnad av mattor. Detta måste anses vara olämpligt och ett uttryck för bristfällig organisation, i den mån det icke sker för att instruera patienter.

D. Arbetsmetoder m. m.

Vävning. I en del avseenden synas modernare, mera arbetsbesparande metoder böra användas. Detta förutsätter i viss utsträckning förbättring av utrustningen.

Såväl rullning som bobining av garn till varp förekommer och detta arbete utföres än av patienter och än av personal. Därest varpgarnet inköptes korsrullat, skulle nämnda arbete bortfalla, och på så sätt rullat garn torde icke betinga högre pris än garn i härvar.

Varpningen, som också utföres än av patienter och än av personal, sker med vertikalställda, handdrivna varpor. Detta arbete synes kunna underlättas genom anskaffning av horisontella varpor, försedda med trådleddare och trådväktare. Sådana varpor skulle också kunna drivas med elektriska motorer, åtminstone i de fall personal utför varpningen.

Såsom redan sker vid Sundby och Lillhagens sjukhus bör svepning av vävbommar utföras direkt från varpan i särskild svep- eller pådragsstol. I sådan stol kan också solvningen och skedningen utföras, varefter hela den sålunda färdigställda inredningen kan lagras och sedermera vid behov snabbt läggas i vävstol. Detta förfaringssätt kräver, att vävstolarna förses med löstagbara bommar.

Inom de studerade vävsalarna användas lösa flänsar på vävbommarna, vilka svepas utan käppar. Denna metod är lämplig, särskilt vid större varplängder (100 à 120 m). Anordningarna för flänsarnas fastspännande äro emellertid icke tillfredsställande. Effektiva sådana böra anskaffas och bommarna förses med inställningsskalor.

Ofta äro vävstolarnas trampor icke lämpliga ur arbetssynpunkt och i en del fall är deras rörelsepunkt felaktigt placerad. Vidare försvåra de befintliga anordningarna med kontramärs erhållande av rena skäl. För att undanröja dessa olägenheter, som irritera patienterna, böra tramporna göras tvångsstyrda och lämpliga fotstöd anordnas.

Rörelsepunkten bör dessutom förläggas så långt som möjligt från den punkt, där trampningen sker, så att hävstångsverkan blir stor. Nu använda tramp- och uppbindningssnören av hampa, vilka ej äro tillräckligt hållbara, böra därjämte ersättas med stålviros, reglerbara genom att deras fästen utgöras av kedjor. Kontramärsen bör slopas och uppbindningen ske på så sätt, att tramporna draga ned ett eller flera skaft samtidigt som de lyfta övriga skaft. Härigenom blir dragningen jämnare och bättre skäl erhålles. Trampningen underlättas vidare genom användning av stålsolv, varför sådana böra anskaffas i ökad utsträckning.

Ryckverk förekomma ej inom någon av de studerade vävsalarna men torde vara ändamålsenliga för vissa skickligare patienter. Användning av sådant verk förutsätter jämnt skäl, vilket emellertid torde vinnas genom ovan angivna förbättringar av vävstolar och arbetsmetoder. Förmodligen vore dessutom i många fall mindre skaftmaskiner lämpliga för att underlätta patienternas vävning. I varje fall borde vid vävning med mer än två skaft kort, å vilka trampordningen finnes angiven, på lämpligt sätt placeras å vävstolarna för att vara till ledning under arbetet.

För att underlätta svepning av större vävstolar för mattor torde lämpliga hjälpanordningar av enkelt slag kunna konstrueras.

På samma sätt som övriga vävstolar böra förses med löstagbara bommar, böra

bandvävstolarna förses med löstagbara rullar för varpen, och pådragning av dessa ske i särskild pådragsstol. I så fall skulle icke såsom nu erfordras, att ett större antal vävstolar av ifrågavarande slag finns å vävsalarna för inredning och utbyte mot de på vårdavdelningarna utlämnade. Endast utbyte av rullar (tomma mot färdigvarpade) behövde då ske.

I detta sammanhang må anmärkas, att sömnad av mattor i allmänhet bör ske medelst symaskin, då sådan sömnad för hand får anses vara alltför tidsödande. Symaskiner för detta ändamål finnas vid Sundby och Lillhagens sjukhus.

Vid de studerade sjukhusen är belysningen för vävningen vanligtvis icke tillfredsställande. Av särskilt stor vikt är att speciell platsbelysning ordnas vid svep- eller pådragsstolar.

Mer än som vanligtvis sker torde böra beaktas, att patienter, som äro ovana vävare, få ägna sig åt vävning av grövre tyger, exempelvis markisväv, väv till tvättsäckar eller vilstolar etc. För att mer än nu stimulera patienternas intresse för vävningen synes mer konstvävnad av framför allt mattor böra förekomma och därför flära för detta ändamål lämpliga vävstolar anskaffas.

Vid Sundby sjukhus finns en, särskilt för framställning av flossamattor, ändamålsenlig vävstol av helsvetsad konstruktion.

Sjukhusens samlingar av mönster och annan åskådningsmaterial, även för den för patientsysselsättningen så betydelsefulla vävningen, äro i allmänhet bristfälliga och ej heller ordnade på lämpligt sätt. Bl. a. borde i form av kortsystem finnas såväl prover av som alla uppgifter (garnsorter, färger i varp och väft, antal trådar i varp, solv- och trampordning, skedgrovlekar, vävbredder m. m.) rörande olika vävnadstyper.

Slutligen må framhållas vikten av att kontroll och redovisning av förbrukad material för de olika arbetena ordnas på tillfredsställande sätt.

Sömnad. I fråga om sömnadsarbetena är det angeläget att uppmärksamhet ägnas åt att maskinella hjälpmedel användas i ändamålsenlig utsträckning. Sålunda torde man böra eftersträva ökad användning av elektriskt drivna symaskiner, tillskärning i relativt stora satser medelst skärmaskiner, användning av knapphålsmaskiner och av specialmaskiner för lagning av trikå etc. Vidare bör, då det gäller nysömnad, ökad momentuppdelning tillämpas, vilket också skulle underlätta undervisningen av patienter. Lämpliga enkla anordningar för läggning av tyg böra finnas vid tillskärningsborden, vilka också böra vara så stora att hela plagg kunna utläggas därpå.

Samtidigt som arbetsmetoderna rationaliseras, synes ökad omsorg böra ägnas åt att åstadkomma trivsamma patientkläder. Liksom i fråga om vävningen äro vanligtvis sjukhusen i detta avseende icke försedda med tillräckligt rikligt urval av mönster och modeller. Denna brist inverkar helt naturligt menligt på det kvalitativa utförandet av plaggen och medför en ej önskvärd uniformitet.

Det må nämnas att vid Lillhagens sjukhus icke förekommer nytillverkning och reparationer av tjänstekläder åt kvinnlig personal, emedan denna personal till skillnad från personalen vid statens sinnessjukhus håller sig med egna sådana kläder.

I förevarande sammanhang må slutligen framhållas angelägenheten av att till tvätterierna anslutas sömnadsverkstäder för reparationer av tvättgods, när nuvarande ordning, enligt vilken det ankommer å respektive vårdavdelningar att ombesörja detta arbete, icke kan anses vara rationell.

Skrädderier.

	Sidsjöns sjukhus	S:ta Maria sjukhus	Sundby sjukhus	Lillhagens sjukhus
<i>A. Utrymme o. d.</i>				
Lokalyta i kvm.....	212	134	125	45
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.).....	16	13	14	5
Lokalyta i kvm per arbetsplats	13 ²	10 ³	8 ⁹	9 ⁰
Antal vid undersökningarna utnyttjade arbetsplatser	12	13	9	4
<i>B. Utrustning med tekniska hjälpmedel o. d.</i>				
Symaskiner, trampmaskiner	4	4	1	3
” , för elektrisk drift	2	4	7	1
Knapphålsmaskiner	—	1	1	—
Specialsymaskiner för knapphål-zig-zagsöm	—	—	—	1
Skärmaskiner.....	—	—	1	—
Pressjärn, 800 W.....	2	1	2	2
” , 750 W.....	—	3	1	—
” , 600 W.....	4	—	2	1
Mössblock	—	3	2	—
Bord, total yta i kvm.....	35	30	28	15

C. Personalens arbete.

Ännu mindre del av personalens sammanlagda arbetstid än inom sy- och vävsalarna ägnas inom skrädderierna åt att handleda därstädes sysselsatta patienter. Omkring 90 % av tiden ägnas åt produktivt arbete, d. v. s. nytillverkning, reparationer, ändringar och pressning av kläder huvudsakligen åt manliga patienter och manlig sjukvårdspersonal. Relativt stora skillnader råda mellan de studerade skrädderierna i fråga om huru stor del av personalens sammanlagda arbetstid, som ägnas åt nytillverkning (mellan 34 och 58 %) respektive reparationsarbeten o. d. (mellan 25 och 50 %).

D. Arbetsmetoder m. m.

Av naturliga skäl kunna i skrädderierna icke lika många patienter i terapeutiskt syfte sysselsättas som i sy- och vävsalarna. Skrädderierna äro dock av betydelse genom att de bereda ett visst, om än begränsat antal patienter möjligheter till utbildning eller arbete i yrkesmässigt hantverk. I första hand få skrädderierna anses vara nödvändiga för reparationer av manliga patienters kläder samt tjänstekläder, som av sjukhusen tillhandahållas manlig personal. Frågan om i vilken utsträckning nytillverkning bör ske utöver vad som erfordras för att bereda patienter utbildning eller arbete av ifrågavarande slag torde få bedömas med hänsyn till möjligheterna att anskaffa de erforderliga kläderna från annat håll till förmånligt pris, och vanligtvis torde framställningen därav vid sjukhusen icke ställa sig lika fördelaktigt ur ekonomisk synpunkt som leveranser från större skrädderier. Personalens tjänstekläder synas också utan olägenhet i större utsträckning än f. n. kunna tillverkas enligt konfektionens principer.

Det må nämnas, att den manliga sjukvårdspersonalen vid Lillhagens sjukhus endast tillhandahålles vita skyddsrockar. I övrigt hålla sig dessa befattningshavare själva med kläder för tjänstgöringen. Vid de statliga sinnessjukhusen tillhandahålles motsvarande personal såsom lån mot viss avgift fullständiga tjänsteuniformer. Detta förhållande är förklaringen till att skrädderiet vid Lillhagens sjukhus är av mindre omfattning än vid de övriga studerade sjukhusen.

För att sjukhusens skrädderier skola drivas så rationellt som möjligt och samtidigt de arbetsterapeutiska intressena tillgodoses på bästa sätt, är det i lika hög grad som i fråga om syslarna angeläget, att man använder sig av moderna arbetsmetoder.

Studierna av skrädderiet vid Sidsjöns sjukhus utfördes före tillkomsten av den vid detta sjukhus på sjukhusutredningens initiativ anordnade konfektionsverkstaden för sysselsättning av huvudsakligen psykopatavdelningens klientel.

Skomakerier.

	Sidsjöns sjukhus	S:ta Maria sjukhus	Sundby sjukhus	Lillhagens sjukhus
<i>A. Utrymme o. d.</i>				
Lokalyta i kvm.....	64	45	51	40
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.)	9	12	9	7
Lokalyta i kvm per arbetsplats	7.1	3.7	5.7	5.7
Antal vid undersökningen utnyttjade arbetsplatser	6	12	8	1
<i>B. Utrustning med tekniska hjälpmedel o. d.</i>				
Nätlingsmaskiner	1	1	1	1
Cylindermaskiner	1	1	1	2
Avlappsmaskiner	—	—	—	1
Lädermanglar	1	1	1	1
Putsmaskiner	1	1	1	1
Klisterpressar	1	—	1	1
Pliggmaskiner	—	—	1	—

Förutom denna utrustning finnas inom skomakerierna diverse hjälpapparater.

C. Personalens arbete.

Fördelningen av personalens arbetstid å handledning av patienter respektive å produktivt arbete är enligt arbetsstudierna i stort sett densamma som inom skrädderierna.

Likaså rådde vid tidpunkten för undersökningarna stora skillnader mellan de studerade skomakerierna i fråga om huru stor del av personalens arbetstid, som ägnas åt nytillverkning (mellan 11 och 74 %) respektive reparationsarbeten (mellan 5 och 47 %).

D. Arbetsmetoder m. m.

Skomakeriernas huvudsakliga uppgift får anses vara reparationer av patienternas skodon, såväl de, som tillhandahållas av sjukhusen, som patienternas privata skor. Då nytillverkning vid sjukhusen ställer sig alltför ofördelaktig ur ekonomisk synpunkt i förhållande till inköp av skor, som framställts fabriksmässigt, synes denna böra i princip begränsas till vad som erfordras för att bereda patienter utbildning i skomakeriycket. Sålunda gäller beträffande skomakerierna i allt väsentligt vad ovan anförts angående driften av skrädderierna.

I fråga om förekommande nytillverkning inom skomakerierna må framhållas att lämpligheten ur användningssynpunkt bör vara avgörande beträffande utförandet, så att man t. ex. icke tillverkar pliggade skor i stället för sydda endast av det skälet, att förfärdigandet av skodon av det förra slaget är enklare och därför lättare kan läras av patienter. Nytillverkning inom andra verkstäder bör givetvis ske enligt samma princip.

Sadelmakeri- och tapetserarverkstäder.

Dessa verkstäder, som icke närmare studerats vid samtliga ifrågavarande fyra sjukhus, arbeta till övervägande delen med nytillverkning och reparationer av madrasser. Nytillverkning, avseende läderarbeten, inskränker sig till skyddsbälten och enklare remytg, varför sådana arbeten lämpligen böra centraliseras till ett fåtal sjukhus med god utrustning härför. Reparationer av sådana persedlar kunna — så som redan sker vid S:ta Maria sjukhus — med fördel utföras inom skomakeriet vid vederbörande sjukhus.

Ifrågavarande verkstäder synas i allmänhet icke vara av någon större betydelse för sysselsättnings- och arbetsterapien och böra liksom andra verkstäder, som ha till huvuduppgift att tillgodose sjukhusdriftens behov, drivas så rationellt som möjligt.

Utrymmet och den huvudsakliga utrustningen med maskiner inom sadelmakeri- och tapetserarverkstäderna vid de studerade sjukhusen framgår av nedanstående sammanställning.

	Sidsjöns sjukhus	S:ta Maria sjukhus	Sundby sjukhus	Lillhagens sjukhus
Lokalyta i kvm.....	71	66	57	81
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.)	4	8	5	4
Lokalyta i kvm per arbetsplats	17·8	8·3	11·4	20·2
Antal vid undersökningen utnyttjade arbetsplatser	1	8	5	3
Symaskiner, trampmaskiner	—	—	2	2
” , för elektrisk drift	1	—	—	—
Redmaskiner	1	1	1	1

Snickerier och verkstäder för träslöjd.

I allmänhet sysselsättas endast ett fåtal patienter inom sjukhusens snickerier. Såsom skäl härför anföres vanligtvis, att det innebär alltför stor risk att låta patienter i någon större omfattning arbeta därstädes. Snickeriernas verksamhet är i främsta rummet inriktad på reparationsarbeten, men nytillverkning av möbler m. m. för sjukhusens behov förekommer i viss utsträckning. Liksom i fråga om nytillverkning inom sjukhusens skrädderier och skomakerier kan den förmodas icke vara försvarbar, såvida den ej utföres i undervisningssyfte eller såsom fyllnadsarbete, d. v. s. arbete för de anställda befattningshavarna under tider, då behov av arbetskraft för reparationsarbeten icke föreligger. Inköp av erforderliga möbler m. m. från större snickerier eller snickerifabriker torde i allmänhet ställa sig ekonomiskt mera förmånligt. Det är angeläget, att detta förhållande vederbörligen beaktas vid bedömning av spörsmål rörande utrustning och organisation av snickerierna vid sjukhusen.

Driften av verkstäder för träslöjd vid sjukhusen, som äro utrustade och organiserade på så sätt, att några nämnvärda risker vid sysselsättning av patienter därstädes icke förefinnas, måste däremot ses ur en helt annan synpunkt. Där är sysselsättnings- och arbetsterapien det väsentliga, och dess intressen måste vara avgörande vid bestämmandet av sysselsättningsobjekten. Kravet på driftekonomisk planering kan i fråga om dessa verkstäder icke göras gällande med samma styrka som beträffande snickerierna.

Sistnämnda verkstäder ha icke närmare studerats vid samtliga ifrågavarande fyra sjukhus, och verkstäder för sysselsättning av patienter med övervägande träslöjd finnas endast vid två av dem. Förefintliga utrymmen och huvudsaklig utrustning för snickeri och träslöjd vid de studerade statliga sjukhusen angivas emellertid i nedanstående sammanställning.

	Sidsjöns sjukhus	S:tta Maria sjukhus	Sundby sjukhus
<i>Snickerier.</i>			
Lokalyta i kvm.....	159	208	85
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.).....	10	10	5
Lokalyta i kvm per arbetsplats.....	15·9	28·0	17·0
Antal vid undersökningen utnyttjade arbetsplatser.....	10	4	5
Rikthyvlar.....	1	1	1
Planhyvlar.....	1	1	1
Cirkelsågar.....	1	1	—
Borrmaskiner.....	1	1	1
Fräsar, vertikala.....	1	1	1
Bandsågar.....	1	1	1
Slipmaskiner för stål.....	1	1	—
Slipstenar.....	1	1	1
Limplan.....	1	2	1
Fanérpressar.....	1	—	—
Hyvelbänkar.....	7	6	5
Svarvar.....	1	1	1
Bandslipmaskiner.....	—	1	—
<i>Verkstäder för träslöjd.</i>			
Lokalyta i kvm.....	110	92	—
Antal anordnade arbetsplatser (för pat. och pers.).....	11	15	—
Lokalyta i kvm per arbetsplats.....	10·0	6·1	—
Antal vid undersökningen utnyttjade arbetsplatser.....	9	9	—
Hyvelbänkar.....	5	6	—

Diverse verkstäder.

Vid ifrågavarande fyra sjukhus ha vissa andra verkstäder än de ovan angivna studerats, såsom bok-, korg- och borstbinderier. Dessa äro samtliga inrättade huvudsakligen för patientsysselsättningens skull, varför deras organisation och drift bör bedömas i första hand ur terapeutisk synpunkt på samma sätt som exempelvis vävsalarna och verkstäderna för träslöjd. Någon vidare redogörelse för ifrågavarande verkstäder synes icke vara av större intresse i förevarande sammanhang.

Sammanfattning.

Sammanfattningsvis kan sägas, att undersökningarna givit vid handen, att en mera bestämd gränsdragning än hittills bör ske mellan å ena sidan verkstäder, som främst ha till uppgift att utföra för sjukhusdriften erforderliga arbeten och å andra sidan arbetssalar eller verkstäder, som skola stå till buds för utövande av sysselsättnings- och arbetsterapi på lämpligt sätt. En sådan gränsdragning erfordras för att erhålla en fastare grundval för genomförande av en mer ändamålsenlig och effektivare organisation och utrustning av de olika verkstäderna. Övervägande driftekonomiska synpunkter måste vara avgörande i fråga om verksamheten inom verkstäderna av det förra slaget, under det att verksamheten inom arbetssalarna och verkstäderna för patientsysselsättningen bör tillrättaläggas i enlighet med terapeutiska krav.

Bilaga 3.

Förteckning över inventarier, verktyg m. m. för olika slag av sysselsättnings- och arbetsterapi (utarbetad i samband med kommitténs för partiellt arbetsföra och sjukhusutredningens betänkande angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m.).

1. Sysselsättningsterapi.*Bokbinderiarbete för 10 patienter.*

10 st. bokbinderiknivar nr 4.	Bräder av olika längd.
10 » falsben, 17 cm.	Sandpapper $\frac{1}{4}$ bok.
1 » hammare nr 2.	Träull.
1 » kniv.	Klot.
1 » limpanna, 17 cm. diam.	Försättpapper.
2 duss. nålar.	Överdragspapper.
5 st. häftlådor, 45 cm.	Papp.
1 » bokhyvel.	Gastyg.
1 » bokpress.	Häftband.
(Dessutom tegelstenar eller sandpåsar).	Häfttråd.
5 st. penslar av olika längd.	

Träslöjd för 10 patienter.

7 st. lövsågar.	2 st. filar (järn, trekant).
1 » fogsåg, 12".	1 » ritsmått (av trä).
1 » spannsåg.	1 » vinkel (» »).
4 » hammare.	10 » lövsågstvingar.
10 » knivar (puukko).	1 gross lövsågsblad (av olika storlekar).
1 » gröpjärn, $\frac{1}{1}$ ".	1 st. pensel, $\frac{1}{2}$ ".
1 » stämjärn, 4 mm.	1 » » $\frac{3}{4}$ ".
1 » » 6 » .	1 » » $\frac{1}{1}$ ".
1 » » 20 » .	2 » skafthyvlar.
1 » skruvmejsel.	1 » korthyvel.
1 » handborr.	1 » borrarb.
1 » drillborr (för fanér).	5 » borrarb 6—10—15—20—25 mm.
1 » brynsten.	1 » limpanna.
2 » filar (trä, flata).	1 » hyvelbänk
2 » » (» , halvruna).	

Pappersarbete för 10 patienter.

10 st. saxar, 3 st. håljärn, 10 st. pennor, 10 st. gummin, 10 st. linjaler.
Färger, papp, pergamin, papper, lim, snören.

Järntrådsarbete för 10 patienter.

10 st. tänger 5, 2 st. komb. tänger, 2 st. skruvbänkar, 2 st. hammare,
2 st. (elektriska) lödkolvar.

Förkopprad järntråd, koppartråd, plåt.

Läderplastik för 10 patienter.

10 st. redskap, 2 st. håljärn.

Läder, läderstrimlor, nitar.

Textil slöjd för 10 patienter.

3 bandvävstolar.	1 nystvinda.
2 bordvävstolar.	1 spolmaskin.
2 skyttlar.	1 solvstock.
2 vävskedar.	1 knyppeledyna.
1 spännare.	5 stick- och virkhållare (modell Sand- byhov).
1 gobelängvävstol.	7 »påtramar» (för stickning).
1 vävram.	
1 sängbandvävstol.	

2. Arbetsterapi.*Bokbinderiarbete för 10 patienter.*

1 st. skärmaskin.	10 st. falsben.
1 » pappsax.	3 » ställinjalier.
1 » stockpress (eventuellt).	3 » vinkellinjalier.
5 » pressar (större).	1 » tumstock.
1 » press (mindre).	2 » passare.
50 » pressbräder (olika storlekar).	2 » bindtänger.
1 » pressbängel.	2 » falsslagningshammare.
2 » limpännor.	3 » hammare.
3 » klisterbackar.	2 » skärspetsar.
3 » häftlådor.	10 » saxar.
1 » insågningssåg.	Därest böckernas »förgyllning» d. v. s.
1 » trärasp.	tryckning av ryggtitlar o. dyl. skall ut-
2 » skavbleck.	föras i samma verkstad, erfordras
10 » arbetsknivar.	5 st. stilsatser (olika storlek).
3 » skärpknivar.	2 » stilkaster.
2 » skärpstenar.	20 » stämplar, linjer.
5 » limpenslar.	2 » glätttkolvar.
5 » klisterpenslar.	1 » gulddyna med kniv.
1 » spränggaller.	

Träslöjd för 15 patienter.

Skåp för verktyg, förråd, patienternas pågående arbeten m. m. Härtill behövs cirka 7 m. längd, uppdelad i skilda avdelningar, var och en med flyttbara hyllor.

1 st. *limspis* för gas; med värmehåll. Där gas icke finnes, anskaffas i stället en något större, avlång värmeplatta, som ställes på ett bord av vinkeljärn och med skiva av eldfast tegel. Såväl limspisen som det alternativa sistnämnda bordet bör förses med en underliggande hylla av järnplåt.

- 1 st. träsvav (eventuellt).
- 1 » svarvskåp med inredning (eventuellt).
- 1 » sågbänk.
- 15 » hyvelbänkar, därav 1 för vänsterhänta.
- 3 » filklämmor.

Hängare: 4 st. för sågar.

Samtliga verktygsskaff, hyvlar, sågställningar och annat i verktygen ingående virke skall vara ytbehandlat, så att det kan hållas rent.

Av samma skäl skola hyvelbänkarnas skivor liksom tångskruvarnas huvud och bänkpinnar m. m. vara väl avslipade och därefter behandlade med förstklassig cellulosalack eller linolja och oljelack, så att en seghård och glatt yta bildas. Fotställningarna sprutbehandlas (eller stryks) 2 gånger.

Borrar, centrum-, (märkta i mm.)

1 st. 8 mm.

1 » 10 »

2 » 12 »

2 » 14 »

1 » 15 »

1 » 20 »

1 » 22 »

1 » 25 »

1 » 30 »

1 » 35 »

Borrar, irvingtyp:

1 st. $\frac{3}{8}$ " , cirka 9 mm.1 » $\frac{1}{2}$ " , » 13 »Borrar, modell- (s. k. plattbör), skaf-
tade:

3 st. 2 mm.

3 » 3 »

Borrar, spiral-:

12 st. 1 mm.

12 » 2 »

12 » 3,2 »

6 » 4 »

3 » 5 »

1 » 6 »

1 » 9 »

2 st. borrarvängar, en med och en utan
spärr, med kullager till bröstplattan.

1 st. borrarvall.

Brynen, flata:

1 st. Västerviks Camma, 200 × 50 ×
25 mm., F. F. F.1 st. för håljärn, India, cirka 150 mm
långt.15 st. bänkbörstar, De Blindas Förening,
nr 2.1 st. drillborrskaft, Millers Falls nr 38,
eller liknande, kapacitet 0—9;5 mm.

2 st. filar, ansats, medelgrova 8".

2 » » halvrunda, medelgrova 8".

1 » » rund-, medelgrova 8".

1 » » » 14".

1 » filborste, 40 mm. bred.

1 » förbandslåda, Stilles nr 16 B.

1 » försänkare förskruvar, amerikansk
modell.

1 st. försänkare, för spikar (Purra).

1 » geringslåda.

8 » hammare, pen-, skolans modell
för träslöjd (Tor).1 st. hyvel, gradlist-, med förskärar-
tand.

1 st. » grund-, med 3 järn.

1 » » käl-, 1" bred.

1 » hyvel not-, med 6 järn.

5 » » puts-.

2 » » skrubb-.

1 » » sims-.

8 » » rubankar.

1 » håljärn, Bergs, 1", med Bergs skaft.

1 » håljärn, Bergs, 1 $\frac{1}{4}$ ", med Bergs
skaft.1 st. håljärn, Bergs, $\frac{5}{8}$ ", med Bergs
skaft.

1 st. kalibermått, Columbus.

8 » klubbor, hammarmodell, cirka 300
mm långa.

6 st. knektar, Vibells, 800 mm långa.

5 » knivar, tälj-, Bergs nr 2.

1 » elektrisk kokplatta, 180 mm 3
inställn.1 st. limpanna, 1 lit. degel, förtent
innerpanna.1 st. lockbetel, skaftad, Bergs runda
3 mm.1 st. lockbetel, skaftad, Bergs runda
6 mm.1 st. lockbetel, skaftad, Bergs runda
8 mm.1 st. lödkolv, $\frac{3}{4}$ ".

4 » lövsågsställningar, stadiga typer.

1 » metermått, 1 m.

15 » » $\frac{1}{2}$ »

1 » oljekanna, 0,2 lit. rymd, Bacho.

3 » passare, blyerts-, med båge och
inbyggd skruv för fästandet av blyerts-
penna Skandia.

1 st. passare, stick-, 175 mm med bågar.

3 » raspar, kabinett, halvrunda 10".

1 » ritsmått, Nääs modell, dubbelt.

3 » » , typ: Triett för vanlig
rits-, blyerts och zinkrits.

3 » ritspetsar, skaftade.

3 » sicklingar, fyrkantiga, 150 × 50
× 1 mm.

3 » sicklingar, palettformiga franska.

1 » sicklingstål, Öbergs polerstål, 150
× 10 mm.

2 » skedhåljärn, Bergs, skaftade, 1".

2 » » » 1 $\frac{1}{4}$ ".15 » skruvlådor av galv. bleck 70 ×
70 × 70 mm.1 » skruvmejsel, fastnitat skaft: egg-
längd 3 mm.1 st. skruvmejsel, fastnitat skaft: egg-
längd 4 mm.1 st. skruvmejsel, fastnitat skaft: egg-
längd 6 mm.

- 1 st. skruvmejsel, fastnitat skaft: egg-längd 8 mm.
- 1 st. skränkång, Bergs eller Sandvikens modell nr 125.
- 1 st. slipsten, Gotlands, 600 × 80 mm (24"), monterad i ställning med gängade flänsar för stenens fästande på axeln, typ Bravo nr 1, sidhylla för brynstenarna mm. Ställningen målad pansargrå. Zinkho med 1" avtappningsrör.
- 1 st. slipstöd, skolans modell.
- 10 » spiklådor av bleck, 70 × 70 × 70 mm.
- 4 st. spockskivor, raka handtag, mindre typ Stanley: rak sula, nr 64.
- 1 st. stångcirkel, Nääs modell.
- 1 » stämjärn, Bergs, skaftat, fasat: bredd $\frac{1}{8}$ ".
- 1 st. stämjärn, Bergs, skaftat, fasat: bredd $\frac{1}{4}$ ".
- 1 st. stämjärn, Bergs, skaftat, fasat: bredd $\frac{3}{8}$ ".
- 1 st. stämjärn, Bergs, skaftat, fasat: bredd $\frac{1}{2}$ ".
- 1 st. stämjärn, Bergs, skaftat, fasat: bredd $\frac{5}{8}$ ".
- 2 st. stämjärn, Bergs, skaftade, fasade: bredd $\frac{3}{4}$ ".
- 2 st. stämjärn, Bergs, skaftade, fasade: bredd $\frac{7}{8}$ ".
- 2 st. stämjärn, Bergs, skaftade, fasade: bredd 1".
- 2 st. stötlådor, med vinkelkloss.
- 2 » » för framtång.
- Sågar, Sandvikens eller Trollhättans:
- 1 st. fogsvans, nr 275, U 7, 500 mm lång klinga.
- 1 st. grad-, rak tandning = 7—10.
- 1 » kap-, 26—27 tandning, 600 mm lång klinga.
- 3 st. runda, med pånitade anglar.
- 3 st. sink-, 370 mm lång klinga: U 12.
- 3 » slits-, 350 mm lång klinga, 1 st. U 8 och 2 st. U 6.
- 1 st. sågfilklove, järn, gängse typ, Ulmia nr 29.
- 1 st. trappstege, 2,8 m (eventuellt). Tvingar av järn (Kling, Eskilstuna):
- 6 st. spännvidd: 150 mm.
- 6 » » 200 ».
- 1 » tång, böj-, 150 mm nr 36 Lindströms.
- 1 st. tång, hov-, 200 mm nr 43 eller
- 1 » » knip-, 150 mm nr 46 E. A. Bergs.
- 1 st. tång, platt-, 150 mm nr 36 motsvarande.
- 15 st. vinkelhakar av järn, Eminent eller liknande, 150 mm.
- 1 st. vinkelhake, justerings-, 300 mm.
- 1 » » gerings-, Stanley, nr 16, 200 mm lång.
- 1 st. vinkelhake, smyg-, Stanley nr 18, 200 mm lång.

Vävning och sömnad för 15—20 patienter.

- 3 st. vävstolar.
- 1 » varpställning.
- 1 » bobinställning.
- 10 » bobiner.
- 1 » rullställning.
- 60 » bomspröt.
- 2 » nystvindor.
- 6 » skafthållare.
- 2 » spolmaskiner.
- 3 » skedkrokar.
- 8 » vävskedar i olika grovlekar.
- 1 » solvstock.
- 10 st. vävskyttilar.
- 6 » garnstickor.
- 6 » vävspännare (användas även till vävramar).
- 2 st. bandvävstolar.
- 5 » vävramar.
- 2 st. symaskiner (1 elektrisk och 1 trampmaskin).
- 4 st. knyppeledynor.
- 2 » plattor för påtning.

Bilaga 4.

Specifikation av personalens arbete inom vårdavdelningar under dagen.

Arbetets art	Personalens arbetstid			
	medeltal minuter per patient och vecka		procentuell fördelning	
	lugna avdel- ningar	halv- oroliga avdel- ningar	lugna avdel- ningar	halv- oroliga avdel- ningar
1. Övervakning o. d.				
Övervakning:				
inom avd. i förening med annat arbete	38	29		
” ” utan att vara förenad med annat arbete	103	200		
på promenadgård	10	31		
utom avd.	4	4		
under promenad utom avd.	6	1		
vid underhållning (biografställningar m. m.) för patienter	2	1		
Summa	163	266	31.6	44.2
2. Annan psykisk vård.				
Nyintagning och utskrivning av patienter	3	0		
Rond av uppsyningspersonal	0	1		
Läkarrond	5	2		
Arbetssterapi	0	0		
Diverse patientvård	10	7		
Individuell patientpassning	5	7		
Chockbehandling	4	2		
Summa	27	19	5.2	3.2
3. Somatisk vård o. d.				
Omläggning	3	4		
Lavemang	0	1		
Tillhandahållande av bäcken och urinflaskor	1	1		
Tappning	0	0		
Urin- och avföringsprov	0	0		
Blod- och tuberkulinprov	0	1		
Temperatur- och pulstagning	3	2		
Medicindelning och injektioner	10	8		
Tillhandahållande av värmekrus och isblåsa	0	0		
Matning av patienter	3	9		
Sondmatning	0	1		
Diverse	1	0		
Summa	21	27	4.1	4.5
4. Diverse sjukvårdsarbete o. d.				
Ordergivning och instruktion	6	6		
Arbete å annan avd. (förstärkning)	1	0		
Samtal i telefon	2	2		
Samtal med besökande samt arbete i samband med besök	1	2		
Diverse	2	3		
Summa	12	13	2.3	2.2

Arbetets art	Personalens arbetstid			
	medeltal minuter per patient och vecka		procentuell fördelning	
	lugna avdel- ningar	halv- oroliga avdel- ningar	lugna avdel- ningar	halv- oroliga avdel- ningar
10. Lokalvård o. d.				
Vädring och piskning av sängkläder	1	0		
Vaskning	4	9		
Sopning och gnidning av golv	3	8		
Damning	9	7		
Städning av bilokaler	26	18		
Periodisk städning	9	11		
Städning efter orolig patient	0	1		
Blomvård	4	3		
Diverse	4	2		
Summa	60	59	11·7	9·8
11. Diverse ekonomiarbeten.				
Sköljrumarbete	1	1		
Tömning och rengöring av spottkoppar	0	0		
Tvättsortering m. m.	5	8		
Förrådsarbete	4	5		
Hämtning av gångkläder till patient	6	3		
Dito vid in- och utskrivning samt flyttning	1	1		
Summa	17	18	3·8	3·0
12. Spilltid o. d.				
Väntetid	17	14		
Fyllnadsarbete	6	4		
Personlig tid (enskilda angelägenheter)	16	10		
Tidsförlust på grund av arbetsstudier	1	1		
Summa	40	29	7·8	4·8
Totalt	515	602	100·0	100·0

Anmärkning: Tidsvärdena per patient och vecka ha i specifikationen avrundats till hela tal. Därför redovisas värden, som understiga 0,5, med 0.

Stapeldiagram över fördelningen på dagen av personalens arbete inom viss övervakningsavdelning.



Promemoria angående en undersökning av arbetstid för personalen inom vårdavdelningar vid sinnessjukhus, avseende förhållandena år 1944.

Vid utarbetandet av materialet från sinnessjukhusens vårdavdelningar uppstodo vissa svårigheter, beroende på att sjukhusen använt mycket varierande beteckningar på vårdavdelningarna. Emellertid befanns det möjligt att uppdelat materialet i fyra grupper, omfattande såväl manliga som kvinnliga avdelningar, nämligen »heloroliga avdelningar» (heloroliga, oroliga), »halvoroliga avdelningar» (halvoroliga, halvlugna), »lugna avdelningar (lugna, hellugna) samt »öppen-dörr-avdelningar». Rumsavdelningar, kombinerade sals- och rumsavdelningar, sjukavdelningar (tbc), intagningsavdelningar, insulinavdelningar, avdelningar utan nattpersonal etc. ha uteslutits vid bearbetningen. Åtskillnad har inte gjorts på manliga och kvinnliga avdelningar, emedan en undersökning givit vid handen, att någon egentlig skillnad icke föreligger dem emellan.

Sinnessjukhusen arbeta genomgående med en stor överbeläggning. Av denna orsak har personalens arbetstid per 28 dagar endast satts i relation till antalet på respektive avdelningar i genomsnitt per dag under året vårdade patienter (arbetstiden per patient). Att sätta arbetstiden i relation till antalet vårdplatser skulle i detta fall ge en genomgående felaktig bild av den arbetstid, som i olika fall kräves.

Uppgifter rörande antalet sängliggande och osnygga patienter ha inhämtats, varigenom respektive avdelningars arbetsbörda lättare kan bedömas.

För *heloroliga avdelningar* varierar arbetstiden från 33 till 116 arbetstimmar per patient. Medeltalet ligger på 64,5 timmar per patient och 28 dagar. Största antalet avdelningar med samma arbetstid per patient ligga i intervallet 62,5—67,5 timmar per patient. Medeltalet befinner sig inom detta intervall och kan därför sägas ge en ganska god bild av den arbetstid, som genomsnittligt sett kräves för heloroliga avdelningar. I medeltal omfatta de heloroliga avdelningarna 43 patienter.

Om som definition på »kort arbetstid» per patient användes 64 arbetstimmar eller därunder samt på »stor avdelning» 40 patienter eller däröver, finner man, att av vårdavdelningar med »kort arbetstid» 72,0 % äro stora avdelningar. Vårdavdelningarna med »lång arbetstid» (mera än 64 arbetstimmar per patient) utgöras endast till 41,3 % av stora avdelningar. Siffrorna utvisa, att antalet personal inom de större avdelningarna i allmänhet är proportionellt sett lägre än inom de mindre.

Vid »kort arbetstid» per patient finnas i genomsnitt 5,0 osnygga och 9,4 sängliggande per avdelning, medan vid »lång arbetstid» motsvarande siffror äro 6,3 och 15,1. Det kan alltså här avläsas, att förekomsten av ett större antal osnygga och sängliggande tenderar att höja arbetstiden per patient.

Vid *halvoroliga avdelningar* varierar arbetstiden från 21 till 112 arbetstimmar per patient. Största antalet avdelningar med samma arbetstid per patient ligger i intervallet 40,5—45,5 arbetstimmar. Medeltalet ligger på 47,5 timmar. I genomsnitt omfatta de halvoroliga avdelningarna omkring 47 patienter.

Om som definition på »kort arbetstid» per patient användes 47 timmar per patient eller därunder samt på »stor avdelning» 40 patienter eller däröver, finner man, att av vårdavdelningar med »kort arbetstid» 77,8 % äro stora avdelningar. Vårdavdelningar med »lång arbetstid» (mera än 47 timmar per patient)

utgöras endast till 53,1 % av stora avdelningar. Här framträder likaledes det förhållandet, att arbetstiden per patient har en tendens att minska vid växande storlek på avdelningarna.

Vid »kort arbetstid» per patient finnas i genomsnitt 4,0 osnygga och 7,2 sängliggande per avdelning, medan vid »lång arbetstid» motsvarande siffror äro 4,8 respektive 13,4.

Vid *lugna avdelningar* varierar arbetstiden mellan 20 och 85 timmar per patient. Medeltalet liksom medianen ligger på omkring 47 timmar per patient, och denna siffra ger därför en god bild av den arbetstid, som genomsnittligt kräves. I genomsnitt omfatta de lugna avdelningarna omkring 40 patienter.

Om samma definition på »kort arbetstid» och »stor avdelning» användes här som beträffande halvroliga avdelningar, finner man, att av vårdavdelningar med »kort arbetstid» 64,8 % äro stora avdelningar. Vårdavdelningar med »lång arbetstid» (alltså mer än 47 timmar) utgöras endast till 23,4 % av stora avdelningar. Här framträder sambandet mellan vårdavdelningens storlek och arbetstiden ännu starkare än i föregående fall. Antalet osnygga är 1,1 vid »kort» och 2,0 vid »lång» arbetstid. Vid »kort» arbetstid är antalet sängliggande patienter 4,8 per avdelning men vid »lång» arbetstid 9,3 i genomsnitt.

Inom gruppen »öppen-dörravdelningar» är materialet ganska litet, varför det är svårt att draga några direkta slutsatser. Arbetstiden per patient varierar emellertid mellan 9 och 52 timmar, och medeltalet är omkring 23 timmar. För hela gruppen är antalet sängliggande totalt 8 och några osnygga ha ej redovisats. Avdelningarna hysa i genomsnitt 24 patienter.

I följande specifikation redovisas avdelningarna sjukhusvis och gruppvis. (vp = vårdplatser).

Statens sinnessjukhus.

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Psykiatriska sjukhuset.								
Heloroliga avdelningar	6	9·0	1 761	28	28·0	63	4	6
	VI	9·0	1 751	28	27·0	65	3	6
Halvoroliga avdelningar	3	5·0	972	29	29·0	34	4	2
	4	9·0	1 748	25	24·6	71	5	4
	IIIb	3·9	755	25	24·0	31	3	2
	IV	11·0	2 138	24	23·6	91	1	5
Lugna avdelningar	2n	10·1	1 943	33	32·0	61	3	4
	IIb	8·0	1 554	34	35·0	44	—	2
Ulleråkers sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	CI	16·7	3 262	51	50·0	65	10	23
	CI _m	14·6	2 888	50	47·5	61	5	20
	C2	19·0	3 647	51	51·0	72	10	20
	C2 _m	16·6	3 262	47	44·6	73	11	31
	6	21·5	4 156	52	50·0	83	4	18
Halvoroliga avdelningar	Ö15	12·2	2 460	38	38·0	65	7	30
	A2	15·0	2 877	61	57·0	50	3	17
	B1 _m	16·9	3 318	93	88·3	38	5	25
	B2	20·0	3 836	93	91·0	42	5	18
	B2 _m	16·7	3 284	92	87·3	38	6	23
	1 o. 2	17·5	3 382	56	48·0	70	6	30
	8 o. 9	17·5	3 382	42	40·0	85	3	25
	Ö14	12·0	2 363	35	34·0	70	5	22
	Ö16	12·3	2 438	47	45·0	54	10	40
	17	6·8	1 329	42	35·0	38	3	1

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Lugna avdelningar	A1	14·0	2 680	73	39·5	68	—	15
	A1m	14·0	2 751	66	62·7	44	—	6
	A2m	13·1	2 578	63	59·2	44	—	8
	3	7·7	1 498	27	26·0	58	—	10
	Ö12	7·7	1 528	27	25·3	60	1	13
	Enkö- ping pav.	7·8	1 528	35	33·6	45	1	2
Öppen-dörravdelningar	4	1·2	242	20	17·0	14	—	—
	N12	1·2	248	21	16·7	15	—	—
S:ta Annas sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	2b	10·3	1 985	34	34·0	58	5	14
	4b	13·0	2 497	52	52·0	48	15	20
Halvoroliga avdelningar	1a	7·2	1 376	34	34·0	40	1	4
	2a	7·3	1 412	34	34·0	42	1	2
	4a	5·6	1 068	24	24·0	44	2	3
Lugna avdelningar	1b	7·2	1 399	37	34·0	41	—	4
	3a o. 3b	10·0	1 912	46	46·0	42	—	3
Birgittas sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	A5	14·8	2 840	42	43·5	65	18	5
	B4	9·8	1 870	19	18·8	99	10	5
	Kn	8·0	1 536	36	29·5	52	—	—
	Kö	12·8	2 456	38	36·8	67	6	32
	A2	7·4	1 420	45	44·3	32	10	8
Halvoroliga avdelningar	A3	15·8	3 032	51	51·3	59	23	36
	B3n	8·4	1 602	41	40·1	40	8	—
	D	7·4	1 420	55	53·5	27	2	6
	E	9·8	1 881	64	68·0	28	7	29
	G	10·4	1 996	40	39·6	50	7	20
	H	7·4	1 420	32	33·6	42	2	—
	1n	8·4	1 612	34	33·4	48	—	—
	1ö	12·8	2 456	33	34·2	72	2	19
	B3ö	7·4	1 420	30	29·3	48	15	8
	A1	5·0	960	28	27·7	35	—	—
	B2n	7·3	1 420	42	41·6	34	—	—
	B2ö	7·4	1 420	26	23·5	60	—	12
Lugna avdelningar	C	5·4	1 036	23	21·7	48	—	5
	F	9·4	1 804	36	35·5	51	1	13
	Mjölby	9·0	1 727	51	51·1	34	—	—
	L	2·0	384	23	21·8	18	—	—
	M	3·0	576	31	33·7	17	—	—
Öppen-dörravdelningar								
Ryhovs sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	7D	10·5	2 016	35	41·0	49	8	1
	VIa	16·6	3 210	35	43·0	75	4	13
	VIIa	15·5	3 082	35	42·0	73	12	20
	VIIb	16·0	3 092	35	44·0	70	—	17
	VID	10·3	1 990	35	44·0	45	—	—
Halvoroliga avdelningar	4A	13·8	2 670	37	43·0	62	6	23
	4B	12·3	2 387	37	44·0	54	2	16
	4E	9·1	1 765	37	42·0	42	3	5
	IVC	10·2	1 986	37	43·0	46	5	1
	IVF	12·2	2 374	37	44·0	54	5	25
	VA	16·2	3 148	63	63·0	50	10	25
	VB	9·3	1 801	52	59·0	31	5	—
	VC	13·8	2 691	49	60·0	45	18	32
	VD	9·3	1 801	52	59·0	31	7	—
	IVD	10·4	2 034	37	42·0	48	2	5

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Lugna avdelningar	1A	7·4	1 436	26	24·0	60	—	3
	1B	7·4	1 436	26	26·0	55	—	5
	1C	7·5	1 461	26	30·0	49	—	5
	1D	7·7	1 482	26	30·0	49	—	17
	3B	10·4	2 014	35	40·0	50	5	22
	3C	9·8	1 897	32	36·0	53	2	18
	II B	10·7	2 064	35	41·0	50	3	22
	II C	9·1	1 767	32	36·0	49	5	20
	VIII	3·3	644	19	19·0	34	—	—
Öppen-dörravdelningar	IID	1·6	310	28	23·0	13	—	—
	IIID	2·9	554	28	20·0	28	—	—
S:t Sigfrids sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	3a	12·5	2 403	34	36·0	67	3	—
	3b	13·8	2 641	34	39·0	68	10	22
	3c	13·8	2 641	34	38·0	69	8	28
Halvoroliga avdelningar	1b	10·3	1 984	45	48·0	41	10	15
	1C	8·9	1 700	43	46·0	37	—	—
	2A	10·5	2 012	49	53·8	37	3	—
	2b	13·8	2 641	46	48·9	54	20	22
	2B	12·2	2 346	31	35·9	65	4	21
	2C	13·8	2 641	46	48·9	54	5	12
	3A	10·2	1 971	49	49·6	40	—	1
	5B	9·0	1 726	33	37·0	47	5	1
	3	11·2	2 167	26	23·6	92	—	4
	4	8·0	1 526	21	17·7	86	—	—
Lugna avdelningar	1a	10·3	1 984	45	45·0	44	—	10
	5A	10·7	2 026	31	34·8	58	1	16
Öppen-dörravdelningar	Ö:d	2·5	489	22	20·0	24	—	—
S:t Gertruds sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	8a	10·0	1 921	34	47·7	40	—	—
	32a	18·0	3 457	24	29·7	116	4	18
	32b	14·0	2 689	30	39·9	67	3	20
	33a	14·0	2 690	25	33·9	79	10	15
	33b	11·0	2 113	30	46·5	45	5	7
Halvoroliga avdelningar	4	22·0	4 226	57	74·8	56	—	25
	5a—5b	15·0	2 882	59	73·1	39	6	35
	7b	7·0	1 345	23	31·3	43	—	5
	9a	10·0	1 921	37	53·0	36	10	—
	16n	6·5	1 244	33	42·9	29	—	—
	16s	6·5	1 244	33	42·9	29	—	—
	18n	7·0	1 344	33	42·8	31	—	—
	17s	7·0	1 345	39	47·8	28	4	7
	19n	7·0	1 345	33	46·8	29	2	1
	19s	7·0	1 345	33	44·8	30	—	2
Lugna avdelningar	2a	9·0	1 729	32	37·7	46	—	10
	2b	6·0	1 153	24	29·0	40	—	—
	3a	9·0	1 729	36	34·8	50	—	8
	3b	5·0	960	32	27·6	35	—	2
	6b	8·0	1 537	32	42·7	36	—	—
	20	5·0	960	20	22·0	44	2	4
Öppen-dörravdelningar	21h	2·0	384	20	19·0	19	—	—
S:t Olofs sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	CI	13·0	2 497	28	35·9	70	6	10
	C2	14·0	2 684	28	32·0	84	2	13

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Halvoroliga avdelningar	B1	10·5	2 018	35	42·8	47	9	14
	B2	9·5	1 823	35	40·9	45	—	—
Lugna avdelningar	A1	8·5	1 633	35	42·2	39	4	12
	A2	8·5	1 631	35	41·0	40	1	4
Öppen-dörravdelningar	U	4·0	769	30	28·2	27	—	—
S:t Lars sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	5A	10·0	1 961	40	40·0	49	4	1
	5B	9·5	1 862	32	33·0	56	4	7
	5C	8·5	1 666	34	33·0	50	9	7
	IIA	10·0	1 952	38	40·0	49	4	8
	IIB	11·7	2 276	30	33·0	69	8	20
	IIC	10·4	2 044	30	33·0	62	6	15
	C2	13·1	2 572	40	41·0	63	5	6
	KvCI	11·9	2 306	26	34·0	68	3	10
	KvCII	12·0	2 316	30	38·0	61	12	15
Halvoroliga avdelningar	A1	4·0	779	33	33·0	24	—	—
	A2	5·5	1 057	28	27·0	39	—	—
	BI	5·2	999	34	34·0	29	—	—
	C1	11·8	2 210	26	32·7	68	8	6
	6A	10·0	1 958	58	59·0	33	2	—
	6B	14·0	2 743	48	48·0	57	8	12
	6C	10·0	1 958	52	53·0	37	2	—
	IIIA	10·0	1 950	47	50·0	39	4	5
	IIIB	15·0	2 926	48	50·4	58	14	28
	IIIC	16·0	3 121	48	52·5	59	10	35
	Kv.AII	5·6	1 078	30	31·9	34	1	4
	KvB1	6·8	1 310	33	33·0	40	5	—
	Kv.N	15·6	3 032	25	27·0	112	3	5
Lugna avdelningar	1A	7·1	1 365	49	51·0	27	2	3
	1B	14·0	2 728	58	57·4	48	2	14
	4B	11·0	2 153	52	50·0	43	3	3
	L	6·0	1 183	16	15·0	79	—	3
	Kv.L	7·1	1 374	14	16·2	85	—	3
Öppen-dörravdelningar	Kv.	1·3	256	12	11·0	23	—	—
	Konv.	2·6	491	12	17·0	29	—	—
Vipeholms sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	D1—2	19·3	3 707	70	73·8	50	8	22
	D3—4	19·3	3 706	70	71·7	52	4	17
	K1—K2	21·0	4 096	71	92·6	44	9	9
	K3—K4	21·0	4 090	79	91·7	45	12	10
Halvoroliga avdelningar	B1—2	19·0	3 706	80	87·2	42	8	15
	B3—4	18·0	3 511	80	87·8	40	2	1
	C1—2	18·0	3 511	80	87·8	40	7	14
	C3—4	19·0	3 706	80	88·0	42	5	18
Lugna avdelningar	A1—2	19·0	3 706	76	79·8	46	10	18
	A3—4	17·0	3 317	76	80·1	41	9	7
S:t Maria sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	5dI	18·0	3 509	46	55·0	64	3	18
	5dII	19·0	3 708	45	56·0	66	10	35
	5dIII	12·0	2 343	44	54·0	43	10	—
	6dI	20·0	3 901	46	65·0	60	6	30
	IVC2	9·0	1 756	41	53·0	33	1	—

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Halvoroliga avdelningar	2C	13·0	2 544	36	43·0	59	1	15
	3BI	15·0	2 934	58	68·0	43	3	15
	3BII	13·0	2 536	34	42·0	60	5	25
	3C	17·0	3 316	58	72·0	46	10	20
	IBI	9·0	1 759	35	51·0	34	2	20
	IBII	15·3	2 983	34	44·0	68	2	15
	IC	12·0	2 340	36	46·0	51	2	18
	IIBI	9·0	1 759	35	52·0	34	1	8
	IIBII	12·0	2 340	34	44·0	53	2	8
	IVA1	9·0	1 759	43	50·0	35	—	5
	IVB2	8·0	1 583	35	50·0	32	5	—
	IVB3	10·0	1 951	30	42·0	46	4	9
	IVC1	12·0	2 352	50	42·0	56	2	8
	3a	12·0	2 347	52	54·0	44	—	12
	IA	8·0	1 563	35	37·0	42	—	25
	IIA	9·0	1 759	35	40·0	44	—	10
Lugna avdelningar	IVBI	9·0	1 758	42	43·0	41	—	5
	7	1·4	276	11	13·0	21	—	—
	9	1·3	253	22	20·0	13	—	—
	VIII	1·6	311	17	22·0	14	—	—
Öppen-dörravdelningar	X	2·0	392	25	32·0	12	—	—
S:t Jörgens sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	IB	16·0	3 078	30	41·0	75	3	12
	KIB	18·0	3 462	21	33·0	105	5	13
Halvoroliga avdelningar	IA	14·0	2 694	28	39·1	69	3	19
	KIA	13·0	2 502	22	35·8	70	2	7
	K2	9·0	1 732	32	53·0	33	2	—
	K4	12·0	2 309	35	43·0	54	3	8
	M2	8·0	1 540	31	40·0	39	4	—
Lugna avdelningar	K3	10·0	1 924	24	33·5	57	—	5
	M3	7·0	1 347	23	28·6	47	1	9
	M4	13·0	2 502	37	53·3	47	1	3
Öppen-dörravdelningar	M5	3·0	578	20	18·2	32	—	—
Restads sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	3A	17·5	3 364	63	67·5	50	5	22
	5A	20·7	4 013	52	57·9	69	3	25
	5B	18·9	3 686	48	54·6	67	6	24
	8A	16·7	3 235	63	69·5	47	20	45
	10A	20·7	4 013	61	61·8	65	—	10
	10B	15·8	3 035	61	58·4	52	7	20
Halvoroliga avdelningar	2A	12·7	2 457	52	57·4	43	2	15
	2B	8·3	1 618	52	59·7	27	—	—
	2C	8·3	1 618	52	59·6	27	—	—
	3B	16·7	3 235	66	69·6	46	17	22
	3C	15·7	3 041	63	69·7	44	10	36
	7A	12·7	2 457	52	55·1	45	3	20
	7B	10·1	1 958	52	60·4	32	5	26
	7C	7·3	1 423	52	61·0	23	—	—
	8B	11·7	2 263	66	71·6	32	15	20
	8C	8·6	1 674	65	69·1	24	2	—
	IA	7·3	1 423	34	43·4	33	—	2
Lugna avdelningar	IB	7·3	1 423	34	42·9	33	—	—
	4	7·5	1 423	29	39·9	36	2	18
	6A	9·7	1 874	34	39·6	47	—	—
	6B	7·5	1 423	34	38·3	37	—	—
	9	10·7	2 098	29	39·8	53	10	30
	11	7·5	1 423	29	39·8	36	—	1

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Öppen dörravdelningar	12	20	389	29	33.6	12	—	—
	13	20	389	29	31.2	12	—	—
Källshagens sjukhus.								
Halvoroliga avdelningar	A1	100	1 925	39	37.9	51	4	—
	A2	100	1 925	38	38.9	49	8	—
	A4	110	2 118	38	48.0	44	20	19
	B1	110	2 118	43	48.6	44	7	—
	B2	120	2 310	39	43.8	53	3	—
	B4	140	2 695	48	53.9	50	15	30
	C1	200	3 950	76	82.8	48	1	20
	C2	150	2 888	77	82.6	35	—	—
Lugna avdelningar	A3	70	1 348	39	40.7	33	1	—
	A5	70	1 348	39	40.8	33	3	—
	A6	100	1 925	38	47.9	40	5	12
	B3	70	1 348	42	50.5	27	6	1
	B5	70	1 348	44	52.2	26	—	—
	B6	100	1 925	36	54.1	36	6	32
	C3	160	3 078	78	82.8	37	—	—
Mariebergs sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	12	17.5	3 372	32	52.5	64	9	29
	X	10.2	1 967	35	39.0	50	2	—
	XII	11.7	2 255	24	26.0	87	5	15
	XIII	12.0	2 319	24	31.0	75	10	20
Halvoroliga avdelningar	11	9.9	1 903	27	42.0	45	2	15
	V	6.1	1 167	45	48.0	24	1	1
	VI	6.1	1 167	42	47.0	25	4	—
	VII	8.9	1 711	42	46.0	37	4	—
	VIII	11.2	2 159	33	38.8	56	5	24
	IX	8.9	1 711	40	47.0	36	5	—
Lugna avdelningar	4	12.8	2 452	43	45.4	54	2	20
	III	7.4	1 423	32	34.0	42	—	5
	IV	7.4	1 423	37	47.0	30	—	—
Öppen-dörravdelningar	1m	3.0	576	25	33.8	17	—	—
	1kv	2.0	384	18	16.0	24	—	—
Västra Marks sjukhus.								
Halvoroliga avdelningar	IIIA	9.0	1 756	45	44.0	40	2	8
Lugna avdelningar	I	11.0	2 150	88	88.0	24	4	11
	II	9.0	1 758	89	85.8	20	—	3
Salberga sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	V	13.3	2 581	42	41.9	62	—	—
Halvoroliga avdelningar	IA	10.5	2 034	42	42.0	48	7	20
	IIA	11.0	2 132	51	47.0	45	1	—
	IIIA	7.0	1 357	50	47.0	29	—	—
Lugna avdelningar	IB	18.0	3 447	56	55.0	63	—	—
	IIB	7.5	1 453	52	55.0	26	—	—
	IIIB	8.0	1 550	53	55.0	28	—	—
Öppen-dörravdelningar	ÖP	1.3	258	30	30.0	9	—	—

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Säters sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	5a	12·8	2 459	24	32·0	77	4	26
	8a	9·4	1 814	40	54·0	34	1	—
	8b	9·4	1 814	40	55·0	33	3	—
	9b	10·8	2 075	35	47·0	44	9	—
	17b	7·9	1 512	33	45·0	34	2	—
	30b	12·0	2 284	34	50·0	46	—	1
	31a	13·8	2 651	28	37·0	72	20	19
	31b	10·8	2 075	34	38·0	55	1	1
Halvoroliga avdelningar	3a	8·9	1 716	34	24·0	72	1	20
	4b	11·0	2 105	27	39·0	54	—	18
	5b	9·4	1 805	24	34·0	53	1	14
	6b	10·5	2 005	35	46·0	44	5	28
	9a	6·0	1 152	35	39·0	30	1	—
	16c	7·0	1 337	33	46·0	29	—	—
	16d	7·0	1 331	33	46·0	29	1	—
	17a	6·9	1 332	33	44·0	30	1	—
	19b	6·9	1 332	33	40·0	33	2	—
Lugna avdelningar	2a	13·0	2 482	36	38·0	65	—	10
	3b	7·9	1 512	27	21·0	72	—	6
Öppen-dörravdelningar	18b	3·0	576	31	40·0	14	—	—
	21b	1·0	192	20	11·0	17	—	—
Gådeå sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	KvV	13·0	2 508	24	27·0	93	5	12
	M5	14·5	2 793	22	28·9	97	2	15
Halvoroliga avdelningar	Kv Io. II	4·0	772	39	29·0	27	1	1
	Kv III	8·0	1 544	30	34·8	44	5	10
	Kv IV	14·0	2 700	24	37·0	73	7	20
	MI	3·0	579	20	28·2	21	—	—
	M3	9·9	1 914	32	51·5	37	5	13
	M4	13·8	2 668	39	45·8	58	8	27
Lugna avdelningar	—	4·0	772	13	12·0	64	—	2
	—	2·6	498	12	17·1	29	1	1
Frösö sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	2A	16·6	3 208	42	41·2	78	8	16
	3A	12·5	2 407	56	54·8	44	2	1
	10A	13·5	2 599	30	28·7	90	1	8
Halvoroliga avdelningar	1B	10·3	1 989	42	39·8	50	—	6
	2B	9·3	1 797	31	28·9	62	3	8
	2D	9·3	1 797	40	37·2	48	—	20
	3B	10·5	2 022	56	55·5	36	1	1
	4B	10·5	2 022	56	53·9	38	6	1
	5A	8·5	1 637	38	37·3	44	—	1
	5B	7·5	1 444	41	40·0	36	—	—
	6	7·3	1 412	61	56·0	25	2	2
	10B	14·5	2 792	36	35·2	79	2	8
	11A	11·5	2 214	33	32·2	69	6	18
Lugna avdelningar	1A	7·3	1 412	32	28·2	50	—	10
	1C	6·7	1 283	29	24·0	53	—	6
	1D	6·5	1 284	45	42·3	30	—	1
	2C	9·3	1 797	28	24·2	74	—	14
	11B	14·2	2 733	36	35·2	78	3	12
Öppen-dörravdelningar	7	1·5	289	27	24·1	12	—	—

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Umedalens sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	KCII	16·4	3 147	36	48·6	65	3	35
	KCIII	12·0	2 305	45	52·1	44	6	—
	MCI	15·8	3 034	41	50·4	60	4	26
	MCII	15·8	3 034	36	47·4	64	3	16
	MCIII	13·4	2 586	45	56·0	46	—	—
Halvoroliga avdelningar	KBI	13·2	2 525	51	66·2	38	12	25
	KBII	10·7	2 051	52	63·6	32	20	34
	KBIII	8·9	1 706	50	63·2	27	3	—
	KuII	9·4	1 805	26	22·5	80	—	6
	MBII	14·8	2 842	52	63·7	45	8	22
	MBIII	8·8	1 694	50	60·9	28	—	—
	KAI	12·6	2 424	46	52·0	47	—	14
Lugna avdelningar	MAI	11·9	2 290	46	45·0	51	—	12
	MAII	8·8	1 690	41	46·0	37	—	—
	UIM	7·4	1 421	26	26·3	54	—	2
	UIIM	7·4	1 421	26	26·1	54	—	1
	II	3·2	610	21	20·0	30	—	—
Öppen-dörravdelningar	VI	3·0	570	21	22·7	25	—	—
Furunäsets sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	KDI	6·5	1 261	17	31·7	40	—	—
	KDIII	14·6	2 818	37	31·4	90	2	12
	MDI	6·6	1 280	17	32·0	40	—	—
	MDIII	17·0	3 292	37	48·0	69	2	18
Halvoroliga avdelningar	KCI	8·5	1 634	34	45·1	36	1	—
	KDII	15·9	3 070	36	43·2	71	1	21
	MCI	9·4	1 819	34	50·0	36	1	—
	MDII	18·6	3 586	36	65·7	55	6	25
Lugna avdelningar	KAII	11·6	2 236	38	41·5	54	—	12
	MAII	8·7	1 692	38	37·3	45	—	10
	—	7·4	1 441	49	32·2	45	—	—
Öppen-dörravdelningar	—	1·3	252	12	11·6	22	—	—
Sidsjöns sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	4A	11·0	2 137	31	33·9	63	8	22
	4B	10·0	1 942	31	38·9	50	3	1
	K3A	12·0	2 327	40	37·0	63	4	20
	K4A	11·0	2 137	31	30·5	70	7	28
	K4B	12·0	2 327	31	31·2	75	7	20
	2B	10·0	1 947	41	36·8	53	—	5
Halvoroliga avdelningar	3A	11·0	2 137	40	37·2	57	3	17
	3B	8·0	1 552	40	36·5	43	—	—
	4C	10·0	1 947	40	44·2	44	12	27
	K2B	8·0	1 557	41	33·1	47	3	8
	K3B	8·0	1 557	40	34·6	45	1	—
	K4C	11·0	2 132	40	39·0	55	15	23
	1A	7·5	1 462	40	32·6	45	—	—
	1B	7·5	1 462	40	38·8	38	—	1
Lugna avdelningar	2A	11·0	2 143	41	34·1	63	—	8
	K1A	6·5	1 267	40	25·5	50	—	—
	K1B	7·5	1 462	40	26·6	55	—	—
	K2A	11·0	2 132	41	33·3	64	—	10
	U1	7·0	1 362	32	21·7	63	—	2
	U2	8·0	1 552	32	20·1	77	—	5

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Storstädernas sinnessjukhus.								
Beckomberga sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	3b	14·6	2 825	36	43·7	65	5	12
	12	14·6	2 825	36	43·2	65	7	5
	13	16·6	3 212	36	43·7	74	18	10
	14	14·6	2 825	36	45·5	62	6	12
	15	15·6	3 018	36	45·7	66	5	9
	33	14·6	2 825	36	42·8	66	28	23
	34	14·6	2 825	36	42·9	66	22	18
	35	14·6	2 825	36	42·9	66	4	9
Halvoroliga avdelningar	1	14·4	2 794	37	45·9	61	11	4
	2	14·4	2 794	37	41·8	67	3	7
	3	14·4	2 794	37	44·9	62	14	6
	4	15·4	2 988	37	42·2	71	12	15
	22	12·4	2 406	37	43·9	55	3	4
	23	14·4	2 794	37	38·0	74	5	15
	24	12·4	2 406	37	43·9	55	3	7
	25	14·4	2 794	37	38·7	72	3	15
	5	12·4	2 406	48	45·7	53	8	10
	6	13·5	2 600	48	48·5	54	4	13
Lugna avdelningar	8	10·3	1 988	39	41·3	48	—	1
	9	11·3	2 183	39	34·6	63	—	6
	10	9·3	1 795	39	42·2	43	—	2
	11	12·3	2 376	39	36·5	65	—	5
	17	8·3	1 600	44	44·2	36	1	1
	18	8·3	1 600	44	45·9	35	1	2
	26	12·5	2 406	48	48·0	50	25	12
	27	13·5	2 600	48	50·8	51	35	20
	29	9·3	1 795	39	43·5	41	3	3
	30	10·3	1 989	39	33·7	59	—	8
	31	10·3	1 989	39	43·3	46	—	4
	32	10·3	1 989	39	32·8	61	—	15
	38	8·3	1 600	44	46·8	34	1	3
	39	8·3	1 600	44	46·4	34	1	2
	16	8·4	1 630	42	40·6	40	—	—
	37	8·2	1 600	42	41·9	38	—	—
Långbro sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	IK	13·3	2 553	32	35·4	72	5	15
	IVK	12·2	2 357	30	32·5	72	4	3
	XIIK	11·7	2 237	23	33·9	66	6	15
	XIVK	11·7	2 273	22	31·4	72	5	11
	XVK	11·8	2 273	25	30·7	74	1	6
	XVIK	11·8	2 273	24	30·7	74	4	5
	IM	14·5	2 778	32	34·9	80	2	3
	IVM	14·5	2 778	30	33·7	82	2	5
	XIIIM	12·7	2 470	23	28·3	87	2	5
	XIVM	11·7	2 273	22	28·1	81	6	8
	XVM	11·7	2 273	24	27·0	84	4	6
	XVIM	11·7	2 273	24	26·9	84	2	5
Halvoroliga avdelningar	IIK	8·1	1 575	29	36·6	43	8	7
	VK	11·1	2 161	27	33·8	64	7	7
	IXK	7·1	1 379	27	30·6	45	5	8
	XIIK	9·1	1 772	35	40·3	44	6	5
	VM	9·1	1 772	27	32·0	55	5	10
	IXM	8·3	1 603	28	29·9	54	4	3
	XIIM	11·1	2 164	35	39·3	55	1	1

	Avdelning	Antal personal	Pers. arb.-tid per 28 dag.	Antal vp	Antal pat./dag	Pers. arb.-tid/ 28 dag. och pat.	Antal osnygga/ dag	Antal sängl./ dag
Lugna avdelningar	IIK	9·1	1 772	31	36·8	48	6	11
	VIK	8·1	1 575	29	36·4	43	—	6
	VIIK	10·1	1 968	29	32·7	60	—	6
	XIK	6·6	1 282	34	39·3	33	—	—
	IIM	8·1	1 575	31	32·2	49	—	3
	IIIM	7·1	1 379	30	35·5	39	4	5
	VIIIM	7·1	1 379	29	26·7	52	—	3
	XIM	7·1	1 379	34	34·3	40	1	—
Öppen-dörravdelningar	VIM	7·6	1 478	29	35·0	42	—	—
	XM	6·2	1 183	35	28·0	42	—	—
	XK	6·6	1 282	35	24·8	52	—	—
Östra sjukhuset.								
Heloroliga avdelningar	13	15·0	2 870	36	41·0	70	1	2
	14	13·6	2 609	35	40·0	65	5	8
Halvoroliga avdelningar	7	12·5	2 392	32	32·0	75	—	1
	8	12·6	2 417	33	34·0	71	—	2
	15	13·0	2 481	36	41·6	60	1	2
	16	12·2	2 349	35	40·1	59	5	6
Lugna avdelningar	3	9·5	1 820	32	29·8	61	—	2
	4	8·2	1 567	32	29·2	54	—	4
Lillhagens sjukhus.								
Heloroliga avdelningar	7A	13·0	2 502	50	51·7	48	—	—
	7B	18·1	3 479	43	41·7	83	5	33
	8A	18·0	3 471	58	57·4	60	5	—
	8B	16·0	3 085	45	44·5	69	14	15
Halvoroliga avdelningar	3D	13·0	2 512	49	48·7	52	14	39
	5A	13·0	2 509	63	62·7	40	2	—
	5B	16·0	3 082	63	62·7	49	2	—
	5C	15·0	2 903	51	49·7	58	2	20
	6B	17·0	3 278	69	68·3	48	—	—
	6C	13·0	2 504	50	49·5	51	9	4
Lugna avdelningar	2B	10·0	1 932	31	30·7	63	—	2
	2C	10·5	2 018	31	30·7	66	—	4
	3A	9·0	1 743	62	58·7	30	—	—
	3B	13·0	2 502	71	70·7	35	1	—
	3C	11·0	2 126	46	40·7	52	—	10
	4B	7·0	1 350	43	42·6	32	—	—
	4C	7·0	1 350	32	31·7	43	1	2
Öppen-dörravdelningar	5D	14·0	2 696	49	47·6	57	9	34
	1	2·0	386	20	18·7	21	—	—
	2A	5·0	966	21	20·8	47	—	—

Anmärkning: Enär erforderliga uppgifter icke lämnats från Sundby sjukhus, har någon redovisning för vårdavdelningarna därstädes icke kunnat medtagas.

Förslag till dagordning.

Klockan	Patienternas dagordning			Arbete m. m. för vårdavdelningarnas personal (frånsett övervakning)	Läkarnas arbete (vardagar)
	Vardagar i allmänhet	Vissa vardagar	Sön- och helgdagar		
7					
8	Väckning och morgontoalett.		Väckning och morgontoalett.	Patienternas morgontoalett, brådskande bäddning, patienternas frukost och förande till verkstäder o. d.	
9	Frukost		Frukost.		Insulin-terapi.
10	Sysselsättning			Fortsatt bäddning samt städning, ävensom sondmatning o. dyl.	Ronder El-chock.
11	»Fritid» med utomhusvistelse (promenader o. dyl.)	Räkning av manl. pat. som arbeta utom vårdavdeln.	Gudstjänst, läsning m. m.	Räkning av vissa manl. pat.	Utomhuspromenader med patienter och förberedelser för pat:s middag.
12	Middag.				
13	Vila och förberedelser till arbete o. dyl.	Besökstid.		Middag	Mottagning för pat:s anhöriga
14	Sysselsättning	Lördagar: vila och besökstid.	Besökstid.		Div. arbeten.
15	Kaffe			Kaffe	Diverse undersökningar och behandlingar.
16	Sysselsättning	Lördagar: »fritidssysselsättning», konserter, biograf m. m.			
17	Tvättning o. dyl.	Badn. m. m. av vissa pat.			
18	Kvällsmål			Kvällsmål.	Patienternas återförande från verkstäder, toalett och kvällsmål.
19	Vissa pat. gå t.sängs	»Fritidssysselsättning».		Läggning av vissa pat.	
20					
21					
22				Nattjänst	

Bilaga 8.

Exempel på fördelning av sjukvårdspersonalens tjänstgöringstid
på olika dagar.

Avdelning 1 (avdelning 2).

Vecka 1 (vecka 12).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$50\frac{9}{10}$
B (H)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
C (I)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
D (J)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
E (K)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
F ₁ (L ₁)	—	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
F ₂ (L ₂)	—	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
L ₂ (F ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$23\frac{1}{10}$
Summa timmar	$33\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$39\frac{3}{5}$	288

Vecka 2 (vecka 1).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$46\frac{1}{5}$
B (H)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$57\frac{1}{2}$
C (I)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$46\frac{1}{5}$
D (J)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$57\frac{1}{2}$
E (K)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$46\frac{1}{5}$
F ₁ (L ₁)	$5\frac{13}{20}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$28\frac{3}{4}$
F ₂ (L ₂)	$5\frac{13}{20}$	—	—	—	—	—	—	$5\frac{13}{20}$
Summa timmar	$33\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$39\frac{3}{5}$	288

Vecka 3 (vecka 2).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
B (H)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
C (I)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
D (J)	—	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
E (K)	$11\frac{3}{10}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
F ₁ (L ₁)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$19\frac{1}{2}$
F ₂ (L ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$19\frac{1}{2}$
L ₂ (F ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$23\frac{1}{10}$
Summa timmar	$33\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$39\frac{3}{5}$	288

Vecka 4 (vecka 3) = Vecka 2 (vecka 1).

Vecka 5 (vecka 4).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
B (H)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
C (I)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
D (J)	—	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
E (K)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$50\frac{3}{10}$
F ₁ (L ₁)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
F ₂ (L ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
L ₂ (F ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$23\frac{1}{10}$
Summa timmar	$33\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$39\frac{3}{5}$	288

Vecka 6 (vecka 5) = Vecka 2 (vecka 1).

Vecka 7 (vecka 6).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
B (H)	—	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
C (I)	$11\frac{3}{10}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
D (J)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	39
E (K)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
F ₁ (L ₁)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
F ₂ (L ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
L ₂ (F ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$23\frac{1}{10}$
Summa timmar	$33\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$39\frac{3}{5}$	288

Vecka 8 (vecka 7) = Vecka 2 (vecka 1).

Vecka 9 (vecka 8).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
B (H)	—	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
C (I)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$50\frac{3}{10}$
D (J)	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{1}{5}$	$38\frac{2}{5}$
E (K)	$11\frac{3}{10}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{4}{5}$	—	$7\frac{4}{5}$	$7\frac{1}{5}$	$49\frac{7}{10}$
F ₁ (L ₁)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
F ₂ (L ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$19\frac{1}{5}$
L ₂ (F ₂)	—	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{9}{10}$	$3\frac{3}{5}$	$23\frac{1}{10}$
Summa timmar	$33\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$42\frac{9}{10}$	$39\frac{3}{5}$	288

Vecka 10 (vecka 9) = Vecka 2 (vecka 1).

Vecka 11 (vecka 10).

Personal	S	M	T	O	To	F	L	Summa timmar
A (G)	$11^{3/10}$	—	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{1/5}$	$49^{7/10}$
B (H)	—	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	—	39
C (I)	$11^{3/10}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	—	$7^{1/5}$	$49^{7/10}$
D (J)	—	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	—	$7^{4/5}$	$7^{1/5}$	$38^{3/5}$
E (K)	$11^{3/10}$	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	—	$7^{4/5}$	$7^{4/5}$	$7^{1/5}$	$49^{7/10}$
F ₁ (L ₁)	—	$3^9/10$	—	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^3/5$	$19^{1/5}$
F ₂ (L ₂)	—	$3^9/10$	—	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^3/5$	$19^{1/5}$
L ₂ (F ₂)	—	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^9/10$	$3^3/5$	$23^{1/10}$
Summa timmar	$33^9/10$	$42^9/10$	$42^9/10$	$42^9/10$	$42^9/10$	$42^9/10$	$39^3/5$	288

Vecka 12 (vecka 11) = Vecka 2 (vecka 1).

Exempel på tjänstgöringsturer och deras fördelning på olika befattningshavare inom vårdavdelningar.

Dagschema 1.

Avdelning 1 — *söndag* veckorna 1, 3, 5, 7, 9 och 11.
 (Avdelning 2 — " " 12, 2, 4, 6, 8 " 10)

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
A (G)																	11 t. 18 min.
B (H)																	Ledig
C (I)																	11 t. 18 min.
D (J)																	Ledig
E (K)																	11 t. 18 min.
F ₁ (L ₁)																	Ledig
F ₂ (L ₂)																	"
Nattvakt																	1 t.
Avd. bitr.																	8 "
Samtidigt närvarande	2	4	3	4	3	4	3	2	3	4	2	3	1				

Dagschema 2.

Avdelning 1 — *söndag* veckorna 2, 4, 6, 8, 10 och 12.
 (Avdelning 2 — " " 1, 3, 5, 7, 9 " 11)

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
A (G)																	Ledig
B (H)																	11 t. 18 min.
C (I)																	Ledig
D (J)																	11 t. 18 min.
E (K)																	Ledig
F ₁ (L ₁)																	5 t. 39 min.
F ₂ (L ₂)																	5 " 39 "
Nattvakt																	1 t.
Avd. bitr.																	8 "
Samtidigt närvarande	2	4	3	4	3	3	2	3	4	2	3	1					

Dagschema 3.

Avdelning 1 — *vardagar* veckorna 2, 4, 6, 8, 10 och 12.
 (Avdelning 2 — " " 1, 3, 5, 7, 9 " 11)

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
A (G)																	7 t. 48 min.
B (H)																	7 " 48 "
C (I)																	7 " 48 "
D (J)																	7 " 48 "
E (K)																	7 " 48 "
F ₁ (L ₁)																	3 " 54 "
F ₂ (L ₂)																	— — — —
L ₂ (F ₂)																	— — — —
Nattvakt																	1 t.
Avd. bitr.																	8 "
Samtidigt närvarande		4	5	6	5	3	4	5	4	3	2	3	2	1			

Dagschema 4.

Avdelning 1 — vardag (måndag) vecka 3.
 (Avdelning 2 — " (") " 2)

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
A (G)																	7 t. 48 min.
B (H)																	7 » 48 »
C (I)																	7 » 48 »
D (J)																	7 » 48 »
E (K)																	Ledig
F ₁ (L ₁)																	3 t. 54 min.
F ₂ (L ₂)																	3 » 54 »
L ₂ (F ₂)																	3 » 54 »
Nattvakt																	1 t.
Avd. bitr.																	8 »
Samtidigt närvarande		4		5	4	3		4		5	4	3	2	1			

Dagschema 5.

Avdelning 1 — lördag vecka 1.
 (Avdelning 2 — " " 12)

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
A (G)																	Ledig
B (H)																	7 t. 12 min.
C (I)																	7 » 12 »
D (J)																	7 » 12 »
E (K)																	7 » 12 »
F ₁ (L ₁)																	3 » 36 »
F ₂ (L ₂)																	3 » 36 »
L ₂ (F ₂)																	3 » 36 »
Nattvakt																	1 t.
Avd. bitr.																	8 »
Samtidigt närvarande		4		3	4	5	4	3		4		3	4	3	2	1	

Dagschema 6.

Avdelning 1 — lördag veckorna 2, 4, 6, 8, 10 och 12.
 (Avdelning 2 — " " 1, 3, 5, 7, 9 " 11)

Kl.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
A (G)																	7 t. 12 min.
B (H)																	7 » 12 »
C (I)																	7 » 12 »
D (J)																	7 » 12 »
E (K)																	7 » 12 »
F ₁ (L ₁)																	3 » 36 »
F ₂ (L ₂)																	— — —
L ₂ (F ₂)																	— — —
Nattvakt																	1 t.
Avd. bitr.																	8 »
Samtidigt närvarande		4		3	5		3	4	3	5	3	4	3	2	3	2	1

Beräkning av storleken av vissa personalgrupper vid de statliga sinnessjukhusen.

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.

Primärsjukhus:

S:t Maria sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 422, 3 överläkaravd., 5 oroliga, 13 halvroliga, 8 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibiträde.		1 kanslibiträde.	
		2 kontorsbiträden.	
4 första föreståndarinnor	17	1 personalföreståndare	19
1 uppsyningsman	15	3 avdelningsföreståndare.....	18
3 föreståndarinnor	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		8 arbetsterapeuter.....	12—13
380 överskötare, ord. och e. o. över- sköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.		475 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	
		29 avdelningsbiträden	Ce 2

Ulleråkers sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 225, 3 överläkaravd., 6 oroliga, 9 halvroliga, 8 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibiträde.		1 kanslibiträde.	
		2 kontorsbiträden.	
2 förste uppsyningsmän	18	1 personalföreståndare	19
2 första föreståndarinnor	17	3 avdelningsföreståndare.....	18
2 uppsyningsmän.....	15		
3 föreståndarinnor	14	1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		8 arbetsterapeuter.....	12—13
378 överskötare, ord. och e. o. över- sköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.		414 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	
		24 avdelningsbiträden	Ce 2

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.*Ryhovs sjukhus.*

(Godtagbar belägg.: 1 342, 3 överläkaravd., 5 oroliga, 10 halvroliga, 11 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		2 kontorsbiträden.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
3 första föreståndarinnor	17	3 avdelningsföreståndare.....	18
3 föreståndarinnor	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		8 arbetsterapeuter	12—13
341 överskötare, ord. och e. o. över-		448 överskötare, översköterskor, förste	
sköterskor, förste skötare, första		skötare, första sköterskor, ord. och	
sköterskor, ord. och e. o. skötare		e. o. skötare och sköterskor samt	
och sköterskor samt elever.		elever.	
		29 avdelningsbiträden	Ce 2

S:t Lars sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 156, 3 överläkaravd., 9 oroliga, 13 halvroliga, 7 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		2 kontorsbiträden.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
3 första föreståndarinnor	17	3 avdelningsföreståndare.....	18
1 uppsyningsman	15		
3 föreståndarinnor	14	1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		8 arbetsterapeuter	12—13
367 överskötare, ord. och e. o. över-		387 överskötare, översköterskor, förste	
sköterskor, förste skötare, första		skötare, första sköterskor, ord. och	
sköterskor, ord. och e. o. skötare		e. o. skötare och sköterskor samt	
och sköterskor samt elever.		elever.	
		28 avdelningsbiträden	Ce 2

Restads sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 201, 2 överläkaravd., 6 oroliga, 10 halvroliga, 9 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		1 kontorsbitråde.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
2 första föreståndarinnor	17	2 avdelningsföreståndare.....	18
2 föreståndarinnor	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter	12—13

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.

- 310 överskötare, ord. och e. o. över-
sköterskor, förste skötare, första
sköterskor, ord. och e. o. skötare
och sköterskor samt elever.
- 394 överskötare, översköterskor, förste
skötare, första sköterskor, ord. och
e. o. skötare och sköterskor samt
elever.
- 26 avdelningsbiträden Ce 2

Säters sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 118, 2 överläkaravd., 8 oroliga, 9 halvroliga, 4 lugna avd.)

Lönegrad Ca

Lönegrad Ca

- | | | | |
|--|----|--|-------|
| 1 kanslibitråde. | | 1 kanslibitråde. | |
| | | 1 kontorsbiträde. | |
| 2 förste uppsyningsmän | 18 | 1 personalföreståndare | 19 |
| 1 första föreståndarinna | 17 | 3 avdelningsföreståndare..... | 18 |
| 2 uppsyningsmän | 15 | | |
| 2 föreståndarinnor | 14 | 1 föreståndare för arbetsterapi .. | 15 |
| | | 7 arbetsterapeuter..... | 12—13 |
| 294 överskötare, ord. och e. o. över-
sköterskor, förste skötare, första
sköterskor, ord. och e. o. skötare
och sköterskor samt elever. | | 375 överskötare, översköterskor, förste
skötare, första sköterskor, ord. och
e. o. sköterskor samt elever. | |
| | | 18 avdelningsbiträden | Ce 2 |

S:ta Gertruds sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 098, 2 överläkaravd., 5 oroliga, 10 halvroliga, 7 lugna avd.)

Lönegrad Ca

Lönegrad Ca

- | | | | |
|--|----|---|-------|
| 1 kanslibitråde. | | 1 kanslibitråde. | |
| | | 1 kontorsbiträde. | |
| 2 förste uppsyningsmän | 18 | 1 personalföreståndare | 19 |
| 1 första föreståndarinna | 17 | 3 avdelningsföreståndare..... | 18 |
| 2 uppsyningsmän | 15 | | |
| 2 föreståndarinnor | 14 | 1 föreståndare för arbetsterapi .. | 15 |
| | | 7 arbetsterapeuter..... | 12—13 |
| 306 överskötare, ord. och e. o. över-
sköterskor, förste skötare, första
sköterskor, ord. och e. o. skötare
och sköterskor samt elever. | | 362 överskötare, översköterskor, förste
skötare, första sköterskor, ord. och
e. o. skötare och sköterskor samt
elever. | |
| | | 24 avdelningsbiträden | Ce 2 |

Umedalens sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 1 004, 2 överläkaravd., 5 oroliga, 6 halvroliga, 7 lugna avd.)

1 kanslibitråde.

1 kanslibitråde.

1 kontorsbiträde.

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
2 första föreståndarinnor	17	2 avdelningsföreståndare.....	18
2 föreståndarinnor	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter.....	12—13
253 överskötare, ord. och e. o. över- sköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.		337 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	
		18 avdelningsbiträden	Ce 2

S:t Sigfrids sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 955, 2 överläkaravd., 3 oroliga, 10 halvoroliga, 3 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		1 kontorsbiträde.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
2 första föreståndarinnor	17	3 avdelningsföreståndare.....	18
1 uppsyningsman	15		
2 föreståndarinnor	14	1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter.....	12—13
309 överskötare, ord. och e. o. över- sköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.		320 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	
		18 avdelningsbiträden	Ce 2

Sundby sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 919, 2 överläkaravd., 4 oroliga, 9 halvoroliga, 5 lugna avd.)

	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		1 kontorsbiträde.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
2 första föreståndarinnor	17	2 avdelningsföreståndare.....	18
1 föreståndarinna	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter.....	12—13
237 överskötare, ord. och e. o. över- sköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.		307 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	
		19 avdelningsbiträden	Ce 2

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.*Mariebergs sjukhus.*

(Godtagbar belägg.: 1 039, 2 överläkaravd., 4 oroliga, 6 halvroliga, 5 lugna avd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca	
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		1 kontorsbiträde.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
1 första föreståndarinna	17	2 avdelningsföreståndare.....	18
1 uppsyningsman	15		
1 föreståndarinna	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter.....	12—13
344 överskötare, ord. och e. o. över-		351 överskötare, översköterskor, förste	
sköterskor, förste skötare, första		skötare, första sköterskor, ord. och	
sköterskor, ord. och e. o. skötare		e. o. skötare och sköterskor samt	
och sköterskor samt elever.		elever.	
		15 avdelningsbiträden	Ce 2

Birgittas sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 839, 2 överläkaravd., 4 oroliga, 10 halvroliga, 8 lugna avd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca	
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		1 kontorsbiträde.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
1 första föreståndarinna	17	2 avdelningsföreståndare.....	18
1 uppsyningsman	15		
2 föreståndarinnor	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter.....	12—13
204 överskötare, ord. och e. o. över-		275 överskötare, översköterskor, förste	
sköterskor, förste skötare, första		skötare, första sköterskor, ord. och	
sköterskor, ord. och e. o. skötare		e. o. skötare och sköterskor samt	
och sköterskor samt elever.		elever.	
		25 avdelningsbiträden	Ce 2

Sidsjöns sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 962, 2 överläkaravd., 5 oroliga, 7 halvroliga, 8 lugna avd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca	
1 kanslibitråde.		1 kanslibitråde.	
		1 kontorsbiträde.	
1 förste uppsyningsman	18	1 personalföreståndare	19
2 första föreståndarinnor	17	3 avdelningsföreståndare.....	18
1 uppsyningsman	15		
2 föreståndarinnor	14		
		1 föreståndare för arbetsterapi ..	15
		7 arbetsterapeuter.....	12—13

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.

309 överskötare, ord. och e. o. över-
sköterskor, förste skötare, första
sköterskor, ord. och e. o. skötare
och sköterskor samt elever.

320 överskötare, översköterskor, förste
skötare, första sköterskor, ord. och
e. o. skötare och sköterskor samt
elever.

21 avdelningsbiträden Ce 2

Frösö sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 805, 2 överläkaravd., 3 oroliga, 10 halvoroliga, 6 lugna avd.)

Lönegrad Ca

Lönegrad Ca

1 kanslibitråde.

1 kanslibitråde.

1 kontorsbiträde.

1 förste uppsyningsman 18

1 personalföreståndare 19

1 första föreståndarinna 17

2 avdelningsföreståndare 18

1 uppsyningsman 15

1 föreståndarinna 14

1 föreståndare för arbetsterapi .. 15

7 arbetsterapeuter 12—13

210 överskötare, ord. och e. o. över-
sköterskor, förste skötare, första
sköterskor, ord. och e. o. skötare
och sköterskor samt elever.

266 överskötare, översköterskor, förste
skötare, första sköterskor, ord. och
e. o. skötare och sköterskor samt
elever.

22 avdelningsbiträden Ce 2

Furunäsets sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 880, 2 överläkaravd., 4 oroliga, 4 halvoroliga, 4 lugna avd.)

Lönegrad Ca

Lönegrad Ca

1 kanslibitråde.

1 kanslibitråde.

1 kontorsbiträde.

1 förste uppsyningsman 18

1 personalföreståndare 19

1 första föreståndarinna 17

2 avdelningsföreståndare 18

1 uppsyningsman 15

2 föreståndarinnor 14

1 föreståndare för arbetsterapi .. 15

7 arbetsterapeuter 12—13

204 överskötare, ord. och e. o. över-
sköterskor, förste skötare, första
sköterskor, ord. och e. o. skötare
och sköterskor samt elever.

302 överskötare, översköterskor, förste
skötare, första sköterskor, ord. och
e. o. skötare och sköterskor samt
elever.

11 avdelningsbiträden Ce 2

S:t Jörgens sjukhus.

(Godtagbar belägg.: 375, 1 överläkaravd., 2 oroliga, 5 halvoroliga, 4 lugna avd.)

Lönegrad Ca

Lönegrad Ca

1 kanslibitråde.

1 kanslibitråde.

1 förste uppsyningsman 18

1 avdelningsföreståndare 18

1 första föreståndarinna 17

2 föreståndarinnor 14

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.

153 överskötare, ord. och e. o. översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	4 arbetsterapeuter..... 12—13
	122 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.
	13 avdelningsbiträden Ce 2

S:t Olofs sjukhus.

(Godtagbar belägn.: 226, 1 överläkaravd., 2 oroliga, 2 halvroliga, 3 lugna avd.)

Lönegrad Ca	Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.	1 kanslibiträde.
1 föreståndarinna 14	1 avdelningsföreståndare..... 18
	4 arbetsterapeuter..... 12—13
71 överskötare, ord. och e. o. översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	78 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.
	7 avdelningsbiträden Ce 2

S:ta Annas sjukhus.

(Godtagbar belägn.: 244, 1 överläkaravd., 2 oroliga, 3 halvroliga, 2 lugna avd.)

Lönegrad Ca	Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.	1 kanslibiträde.
2 föreståndarinnor 14	1 avdelningsföreståndare..... 18
	4 arbetsterapeuter..... 12—13
67 överskötare, ord. och e. o. översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	84 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.
	7 avdelningsbiträden Ce 2

Sekundärsjukhus:*Källshagens sjukhus.*

(1 överläkaravd.)

Lönegrad Ca	Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.	1 kontorsbiträde.
1 förste uppsyningsman 18	1 avdelningsföreståndare..... 18
1 första föreståndarinna 17	
1 uppsyningsman 15	
1 föreståndarinna 14	
	1 föreståndare för arbetsterapi .. 15
	4 arbetsterapeuter..... 12—13

Nuvarande (1947/48) befattningar.

Befattningar enligt av sjukhusutredningen
föreslagna normer.*Psykiatriska sjukhuset.*

(1 överläkaravd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.		1 kontorsbiträde.
1 första föreståndarinna 17		1 avdelningsföreståndare..... 18
		4 arbetsterapeuter 12—13

Gådeå sjukhus.

(1 överläkaravd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.		1 kontorsbiträde.
1 uppsyningsman 15		1 avdelningsföreståndare..... 18
2 föreståndarinnor 14		4 arbetsterapeuter 12—13

Sjukhus för sinnesslöa:*Vipeholms sjukhus.*

(1 överläkaravd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.		1 kontorsbiträde.
1 förste uppsyningsman 18		1 avdelningsföreståndare..... 18
1 uppsyningsman 15		
2 föreståndarinnor 14		4 arbetsterapeuter 12—13

Salberga sjukhus.

(1 överläkaravd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.		1 kontorsbiträde.
1 förste uppsyningsman 18		1 avdelningsföreståndare..... 18
1 uppsyningsman 15		
		1 föreståndare för arbetsterapi .. 15
		4 arbetsterapeuter 12—13

Västra Marks sjukhus.

(1 överläkaravd.)

Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
1 kontorsbiträde.		1 kontorsbiträde.
1 första föreståndarinna 17		1 avdelningsföreståndare..... 18
1 föreståndarinna 14		
		4 arbetsterapeuter 12—13

Sammanfattning.

Nuvarande (1947/48) befattningar.		Befattningar enligt av sjukhusutredningen föreslagna normer.	
	Lönegrad Ca		Lönegrad Ca
16 kanslibiträden.		18 kanslibiträden.	
8 kontorsbiträden.		25 kontorsbiträden.	
21 förste uppsyningsmän	18	15 personalföreståndare	19
32 första föreståndarinnor	17	47 avdelningsföreståndare	18
18 uppsyningsmän	15		
42 föreståndarinnor	14		
		17 föreståndare för arbetsterapi..	15
		145 arbetsterapeuter	12—13
4 737 överskötare, ord. och e. o. över- sköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.		5 617 överskötare, översköterskor, förste skötare, första sköterskor, ord. och e. o. skötare och sköterskor samt elever.	
		354 avdelningsbiträden	Ce 2

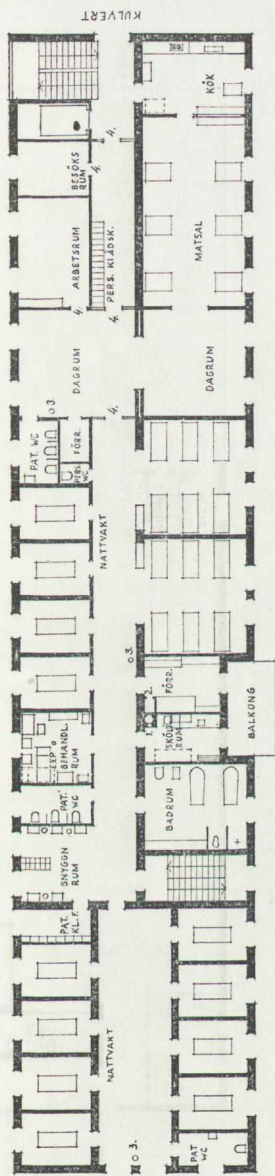
Utöver ovan angivet antal avdelningsföreståndare tjänster skulle enligt sjukhusutredningens förslag (s. 92) tillkomma två sådana tjänster, nämligen en vid Pärilby sjukhus i Grangärde samt en vid centralhemmet för familjevård i Korsberga.

Anm. Antalet sjukvårdsutbildad personal för vårdavdelningarnas räkning (överskötare, översköterskor etc.) enligt sjukhusutredningens förslag har beräknats på grundval av dels den beläggning, som i medicinalstyrelsens år 1945 framlagda 10-årsplan för sinnessjukvården för de olika primärsjukhusen angivits såsom godtagbar, dels ock nuvarande antal överläkar- och vårdavdelningar. Beräkningen har vidare genomgående skett enligt följande:

$\frac{\text{godtagbar beläggning}}{3} + 10$ sjukvårdsutbildade befattningshavare per överläkaravdelning såsom ersättare vid ledigheter — Antalet avdelningsbiträden. Den anger sålunda miniantalet sjukvårdsutbildad personal enligt sjukhusutredningens förslag. Det har icke räknats med det större behov av arbetskraft, som rums- och specialavdelningar eller andra särskilda förhållanden föranleda. Ej heller ingå däri erforderliga översköterskebefattningar för laboratorier och centralförråd för läkemedel.

Principskiss till vårdavdelning för *oroliga* patienter — 24 vårdplatser.

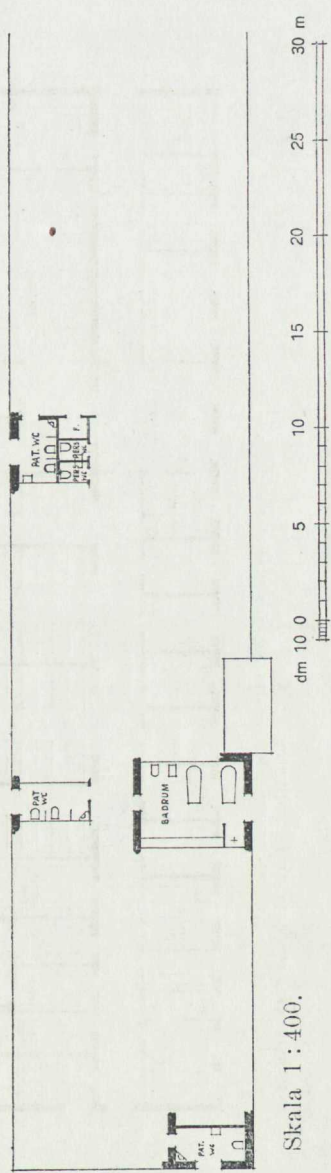
AVDELNING FÖR KVINNLIGA PATIENTER



1. SÖPNEDKAST
2. TVÄTTEDKAST
3. DRICKSFÖNTÄN
4. GLASDÖRR
RESP. GLASDÖRRPARTI

AVDELNING FÖR MANLIGA PATIENTER

AVDELNING FÖR MÄNNIGA PATIENTER
= KVINNL. AVD. MEN MED BAD- OCH TOALETTRUMSINREDNING ENL. NEDANSTÅENDE PLAN

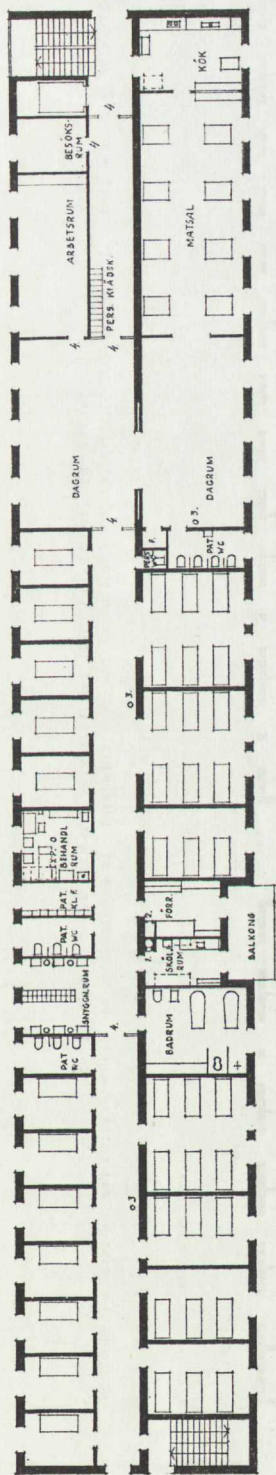


Skala 1 : 400.

Skala för bilagorna 11—14.

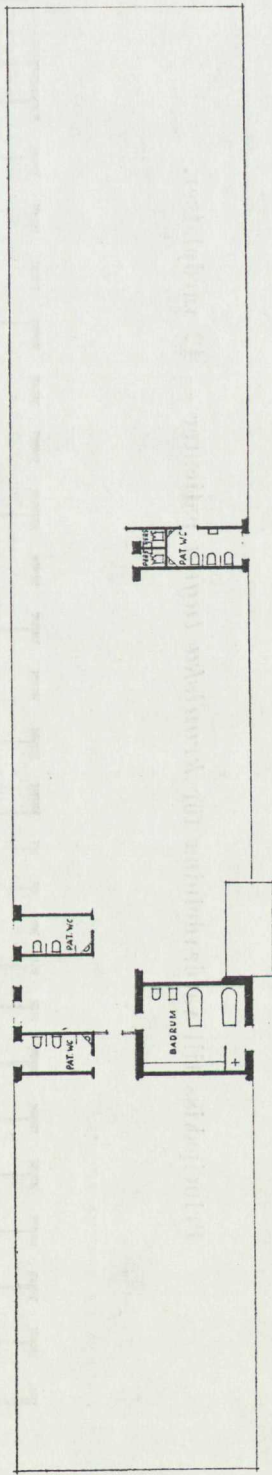
Principskiss till vårdavdelning för *kroniska halvorotiga* patienter — 42 vårdplatser.

AVDELNING FÖR KVINNLIGA PATIENTER

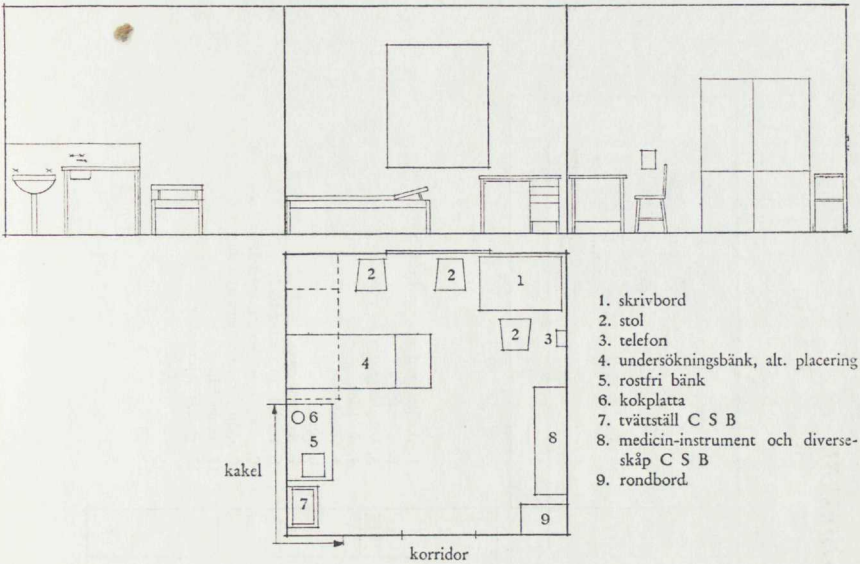


1. SÖMNBÄST
2. TVÄTTKÄST
3. DRICKSFÖNÄN
4. GLASAD DÖRR RESP. GLASAT DÖRRPARTI

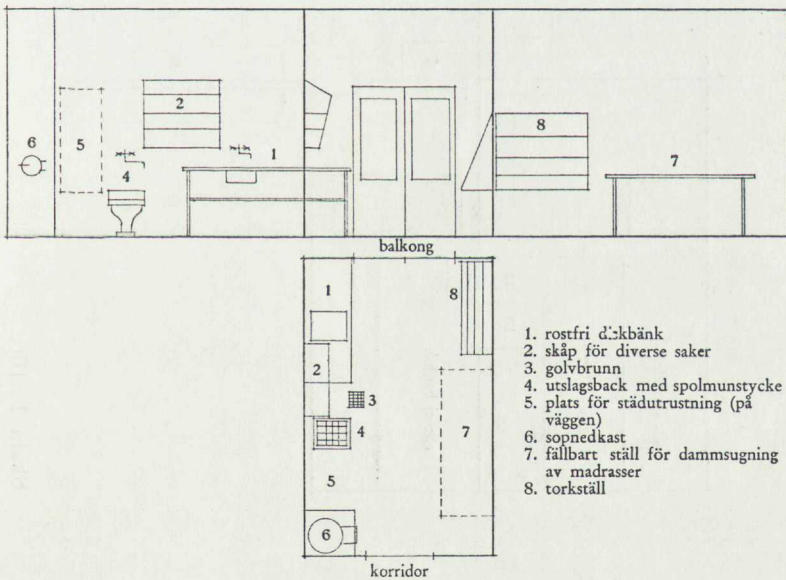
AVDELNING FÖR MÄNNLIGA PATIENTER
= KVINNL. AVD MEN MED BAD- OCH TOILETTRUMSINREDNING ENL. NEDANSTÄNDE PLAN



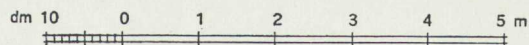
Skala 1 : 400.

Principskiss till *expeditions- och behandlingsrum* för vårdavdelning.

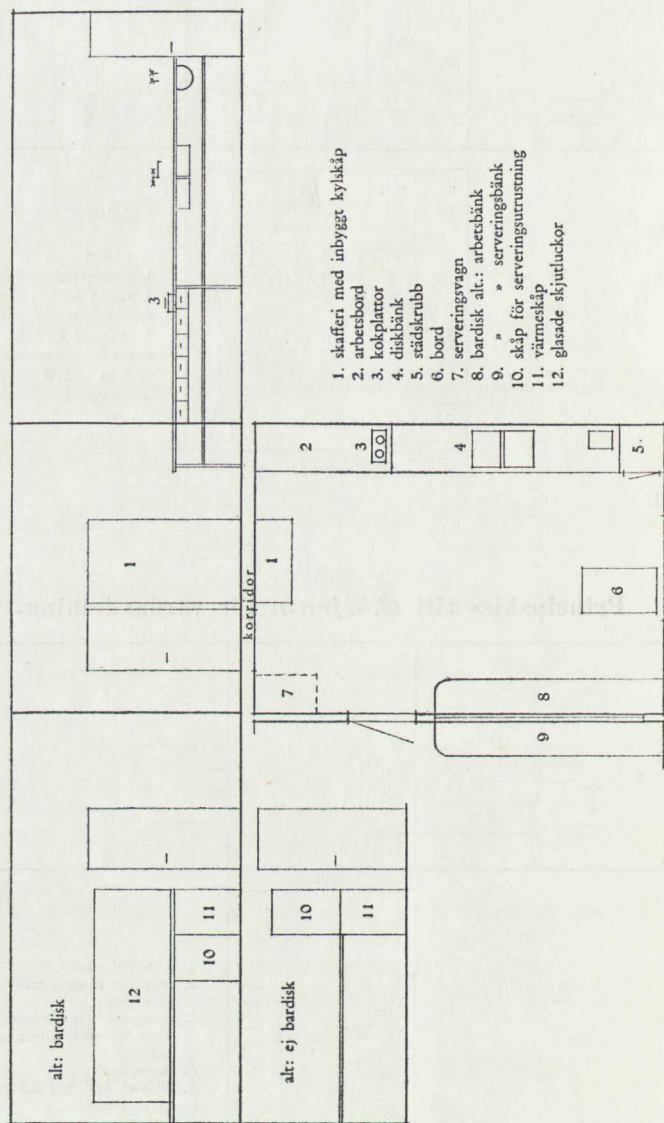
Skala 1 : 100.

Principskiss till *sköljrum* för vårdavdelning.

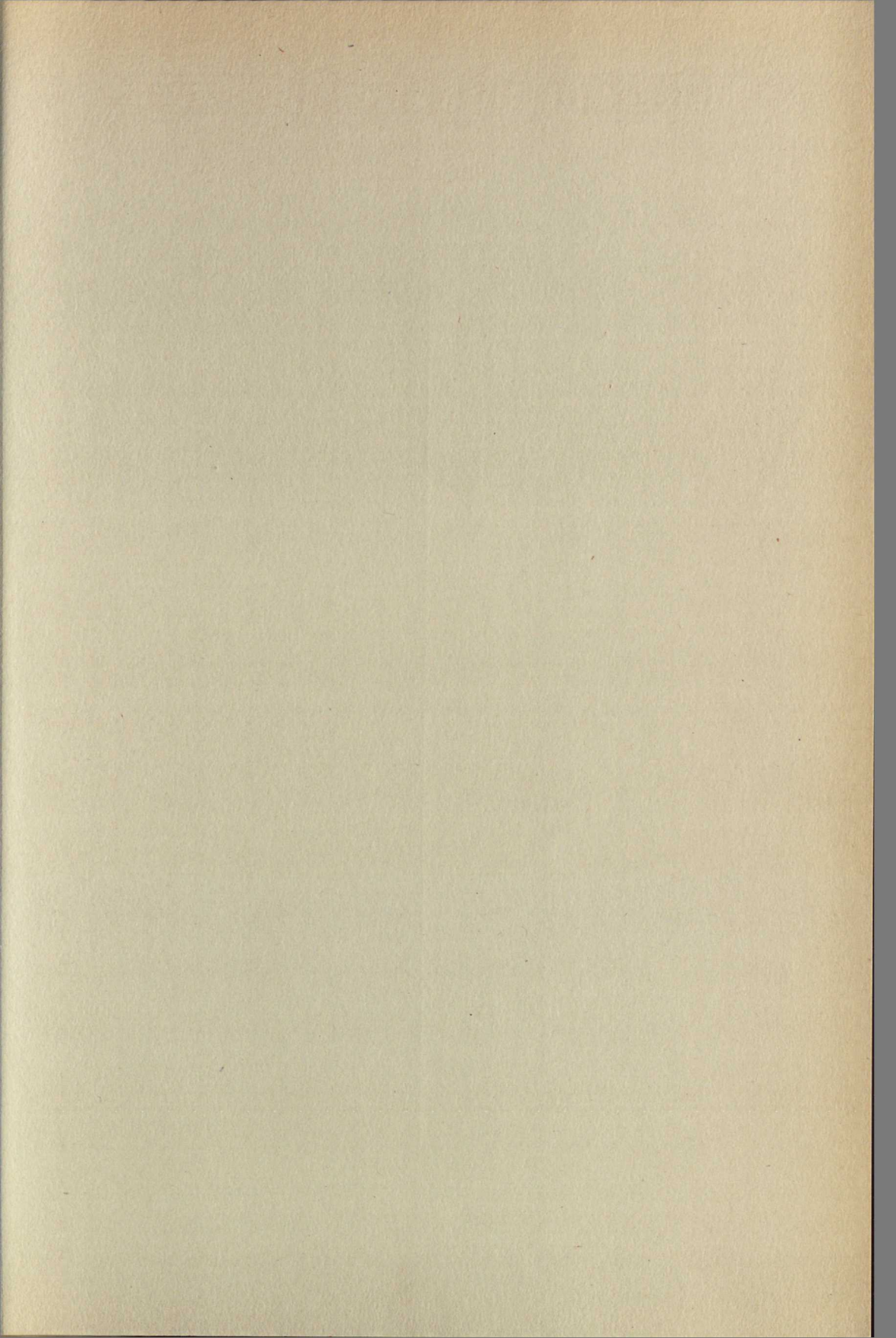
Skala 1 : 100.



Skala för bilagorna 15—17.

Principskiss till *avdelningskök*.

Skala 1 : 100.



Statens offentliga utredningar 1948

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Betänkande med förslag till ändrad butikstängningslagstiftning. [3]
Markutredningen. 1. Betänkande med förslag till vissa ändringar i expropriationslagstiftningen. [4]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

1944 års allmänna skattekommitté. 2. Betänkande med förslag till ändrade bestämmelser ang. beskattning av livförsäkringsanstalter och livförsäkringstagare m. m. [22]

Politi.

Parlamentariska undersökningskommissionen ang. flyktlingärenden och säkerhetstjänst. 3. Betänkande ang. säkerhetstjänstens verksamhet. [7]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 4. Förslag ang. partiellt arbetsföras anställning i allmän tjänst. [11]
Förslag till sjöarbetslagslag [16]
Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m. m. [23]
Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 8. Tiden juli 1946—juni 1947. [26]

Hälso- och sjukvård.

Den öppna läkarvården i riket. [14] Bilagor. [24]
1943 års sockersjukutrednings betänkande ang. sockersjukvården i riket. [33]
Statens sjukhusutredning av år 1943. 4. Synpunkter och förslag rörande sinnessjukvården [37]

Allmänt näringsväsen.

Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 6—7. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Jönköpings län och Kronobergs län. [6] 2:16. Skaraborgs län. [15] 2:5. Östergötlands län. [25]
Den svenska spritfabrikationen och dess avsättningsförhållanden. [19]

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande med förslag rörande organisation och avlösningsförhållanden m. m. vid lantmäteristyrelsen och länslantmäterikontoren. [1]
Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av verksamheten för jordbrukets yttre och inre rationalisering. [2]
Betänkande med förslag ang. artificiell inseminationsverksamhet bland nötkreatur. [36]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Utredning rörande skogstillgångarna och skogsindustrier-
nas råvaruförsörjning i övre och mellersta Norrland
m. m. [32]

Industri.

Handel och sjöfart.

Betänkande med förslag till ny Kungl. Maj:ts förordning ang. explosiva varor m. m. [8]
Betänkande rörande vissa utrikeshandelsfrämjande åtgärder. [29]
Betänkande med förslag ang. isbrytningens ordnande längs Norrlandskusten m. m. [31]

Kommunikationsväsen.

Betänkande rörande Sveriges smalspåriga järnvägar. Del 3. Smalspåriga järnvägar i Östra Småland och Östergötland. [9]
Betänkande ang. skärgårdstrafiken m. m. [10]
Betänkande ang. statens järnvägars organisation. Del 1. Den centrala ledningen. [13]
Betänkande rörande vägnämndernas och länsvägnämndernas arbetsuppgifter m. m. [18]
Betänkande med förslag till åtgärder för höjande av trafiksäkerheten. [20]
Betänkande med förslag till vägtrafikförordning m. m. [34]
Förslag rörande förbättring av statens järnvägars bostadsbestånd. [35]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt. Trädgårdsundervisningen. [5]
Statens trädgårdsförsök. [12]
Betänkande ang. utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal [17]
Ungdomen och arbetet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 6. [21]
1946 års skolkommissions betänkande med förslag till riktlinjer för det svenska skolväsendets utveckling. [27]
Betänkande med förslag till nya mellaninstanser för folkskolväsendet. [28]
Betänkande och förslag ang. det fria och frivilliga folkbildningsarbetet. Del 2. Estetiskt folkbildningsarbete. [30]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.