



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

X. A. S. O. U.
STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1935:46

SOCIALDEPARTEMENTET



BETÄNKANDE

ANGÅENDE

FOLKTANDVÅRD

AVGIVET AV

STATENS SJUKVÅRDSKOMMITTE

S T O C K H O L M

1 9 3 5

Statens offentliga utredningar 1935

Kronologisk förteckning

1. Betänkande med förslag angående åtgärder för spannmålsodlingens stödjande. Marcus. 134 s. **Jo.**
2. Betänkande med förslag rörande lån och årliga bidrag av statsmedel för främjande av bostadsförsörjning för mindre bemedlade barnrika familjer jämte därtill hörande utredningar. Beckman. 86*, 265 s. **S.**
3. Korlfattad framställning av organisationssakkunnigas betänkande med utredning och förslag rörande den samhälleliga hjälpverksamhetens organisation m. m. Beckman. 23 s. **S.**
4. Promemoria angående tillsynen över fastighetsregistringen och fastighetsbildningen. Marcus. 70 s. **Ju.**
5. Förslag till ändrade bestämmelser rörande allmänna handlingars offentlighet. Norstedt. 79 s. **Ju.**
6. Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Åtgärder mot arbetslöshet. Norstedt. x, 338, 32* s. **S.**
7. Teknisk-ekonomiska utredningar rörande vägväsendet Del 2. Broar. Hæggström. 130 s. **K.**
8. Betänkande med förslag angående åtgärder mot statsfientlig verksamhet. Idun. 406 s. **Ju.**
9. Betänkande med förslag till omorganisation av den högre skogsundervisningen. Peréus. 164 s. **Jo.**
10. Utredning och förslag angående rundradion i Sverige. Norstedt. 202 s. 13 kartor. **K.**
11. Betänkande med utredning och förslag angående inrättande av en statsvetenskaplig examen. Marcus. 80 s. **E.**
12. Betänkande med förslag till förordning angående allmän autonobiltrafik. Hæggström. 227 s. **K.**
13. Yttranden över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. Marcus. (4), 132, 68 s. **Ju.**
14. Lagberedningens förslag till lag om skuldebrev m. m. Norstedt. vj, 211 s. **Ju.**
15. Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. Marcus. 192 s. **Ju.**
16. Konjunkturuppsvingets förlopp och orsaker 1932—1934. Hæggström. 106 s. **Fi.**
17. Yttrande och förslag rörande formulär för tjänstgöringsbetyg som av länsstyrelserna utfärdas. Beckman. 16 s. **S.**
18. Betänkande med förslag till lag om arbetsavtal. Idun. 220 s. **S.**
19. Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående förebyggande mödra- och barnavård. Hæggström. 101 s. **S.**
20. Grunder för kollektiv och individuell pensionsförsäkring. Beckman. (2), 24 s. **H.**
21. Utredning angående införande av ett dagordningsinstitut m. m. av H. Tingsten. Norstedt. 98 s. **Ju.**
22. Utredning och förslag rörande frågan om avgift för hemlån av böcker från bibliotek. Hæggström. 59 s. **E.**
23. Betänkande med förslag till motorfordonsförordning och vägtrafikstadga m. m. Idun. 202 s. **K.**
24. Betänkande med förslag till ändrad organisation av den statliga verksamheten för bekämpande av oöfelig införsel av spritdrycker m. m. Marcus. 193 s. **Fi.**
25. Förslag till nya avlösningsbestämmelser för icke-ordinarie befattningshavare inom den allmänna civilförvaltningen. Marcus. 42 s. **Fi.**
26. Betänkande med förslag rörande diet svenska natur skyddets organisation och statliga förvaltning. Uppsal, Almqvist & Wiksell. 197 s. **E.**
27. Betänkande med förslag till ändring i vissa delar av upphandlingsförordningen. Marcus. 55 s. **Fi.**
28. Utredning med förslag om egnahems konsulenter hos hushållningssällskapen. Lindström. 88 s. **Jo.**
29. Betänkande angående hushållsförbrukningsverksamhetens organisation. Marcus. 75 s. **Jo.**
30. Berättelse över statens spannmålsnämnds verksamhet m. m. under år 1934. Marcus. 62 s. **Jo.**
31. Betänkande med förslag till lag om domkapitel m. m. Hæggström. 151 s. **E.**
32. Jordbrukskreditutredningen. Betänkande med förslag till förordning om jordbrukets kreditkassor m. m. Marcus. 132 s. **Jo.**
33. Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående statsunderstödd dispensärverksamhet. Marcus. 54 s. **S.**
34. Betänkande med vissa synpunkter och förslag i fråga om den primära fastighetskrediten. Marcus. 92 s. **Jo.**
35. Betänkande och förslag rörande verksamheten vid skyddshemmen m. m. Första delen. Skyddshemmens organisation m. m. Norstedt. 93 s. **S.**
36. Betänkande angående råvaruförsörjning, produktion och arbetarantal m. m. vid skogsindustrierna. Idun. 276 s. **S.**
37. 1934 års nämnd för städningsutredning. Förslag rörande allmänna grunder för ordnandet av städnings- och rengöringsarbetet inom vissa statliga ämbetslokaler i Stockholm samt beräkning av ersättning för nämnda arbete. Marcus. 39 s. **Fi.**
38. Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 1. Inledande avdelning m. m. Beckman. vij, 301 s. **Fö.**
39. Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 2. Arméorganisationen. Beckman. vij, 651 s. **Fö.**
40. Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 3. Marinerorganisationen. Beckman. iv, 203 s. **Fö.**
41. Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 4. Flygvapnets organisation. Beckman. iv, 229 s. **Fö.**
42. Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 5. Värnplikten m. m. Bilagor. Beckman. iv, 262 s. **Fö.**
43. Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 6. Särskilda yttranden. Beckman. liij, 426 s. **Fö.**
44. Betänkande med utredning och förslag angående folk- och småskoleseminariernas organisation m. m. Marcus. 405 s. **E.**
45. Utredning och förslag rörande läroböcker vid allmänna läroverk och folkskolor m. fl. undervisningsanstalter. Marcus. 162 s. 1 karta. **E.**
46. Betänkande angående fäktandevård. Idun. 195 s. **S.**

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

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1935 : 46
SOCIALDEPARTEMENTET



BETÄNKANDE
ANGÅENDE
FOLKTANDVÅRD

AVGIVET AV
STATENS SJUKVÅRDSKOMMITTÉ

Iduns tryckeri aktiebolag
Esselte ab. Stockholm 1935
518755



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1923 : 15
SOCIALDEPARTEMENTET



BETÄNKANDE

ANGÅENDE

FOLKTÄNDVÅRD

AVGIVET AV

STATENS SÄKERHETSKOMMITTÉ

Iduna tryckeri aktieförbund
Förut i Stockholm 1923



Innehållsförteckning.

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet	Sid. 5
Inledning	9

Avd. I. Översikt över folktandvårdsfrågans läge.

Kap. 1. Kort översikt av 1928 års betänkande angående ordnande av folktandvård och däröver avgivna yttranden	10
A. 1928 års betänkande	10
B. Yttranden över 1928 års betänkande	16
Kap. 2. Olika tandvårdssystem, som tillämpats eller föreslagits efter framläggandet av 1928 års betänkande	20
A. Tillämpade system	21
1. Medicinalstyrelsens försöksverksamhet	21
2. Röda korsets försöksverksamhet	23
3. Gävlesystemet	29
B. Föreslagna system	31
1. Kungsbackasystemet	31
2. Landshövding J. Falks förslag	32

Avd. II. Kommitténs förslag.

Kap. 3. Grundprinciper för ordnandet av folktandvård	38
A. Inledande synpunkter	38
B. Folktandvårdens syfte och omfattning	40
C. Vem skall organisera och handhåva folktandvården?	51
D. Erforderliga vårdanordningar m. m.	56
Kap. 4. Landets indelning i tandvårdsdistrikt och samarbetet mellan olika tandvårdsdistrikt	60
A. Allmänna principer	60
B. Förslag till distriktsindelning	68
C. Distriktstandvårdens genomförande	72
Kap. 5. Grunder för distriktstandläkares anställande, avlönande och pensionering	75
Kap. 6. Hjälpkrafter i distriktstandvården	86
A. Tandteknikerna	87
B. Tandsköterskorna	98

	Sid.
Kap. 7. Tandvård vid vissa anstalter m. m.	103
A. Tandvård vid abnorm- och sinnesslöskolor m. fl. anstalter	103
B. Tandvård vid skyddsuppfostringsanstalter och fängelser	105
C. Tandvård vid egentliga sjukvårdsanstalter	106
D. Specialisttandvård	113
Kap. 8. Tandvårdens centrala ledning och inspektion	119
Kap. 9. Folktandvårdens finansiering	125
A. Approximativ uppskattning av kostnaderna	125
B. Kostnadernas fördelning	132
Kap. 10. Sammanfattning av kommitténs förslag	137
Bilagor	145

Till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet.

Frågan om ordnande av allmän tandvård och därmed sammanhängande spörsmål har tidigare varit föremål för utredning av tre sakkunnigberedningar, nämligen 1913 års skoltandvårdssakkunniga, 1918 års sakkunniga för tandläkarundervisningens ordnande samt 1924 års tandvårdssakkunniga, vilka avgivit betänkanden respektive år 1917, 1920 och 1928. Statens sjukvårdskommitté, som tillsattes den 12 mars 1929 för att inom socialdepartementet biträda med utredning rörande den slutna kroppssjukvården i riket och som den 17 maj 1934 avgivit betänkande i detta ämne, har redan i samband med utarbetandet av nämnda betänkande haft anledning att i viss mån beröra frågan om folktandvårdens ordnande. De kommittén givna direktiven innehålla icke något direkt uppdrag att verkställa utredning rörande denna fråga men i dem uttalas, att vid utredningen angående den slutna kroppssjukvården i riket borde beaktas föreliggande eller under utarbetande varande förslag på dithörande områden, varvid bland annat åsyftades frågan om ordnande av folktandvård. Sedan till kommittén med skrivelse den 22 maj 1929 från socialdepartementet överlämnats 1924 års sakkunnigas betänkande angående folktandvård jämte däröver avgivna yttranden, har kommittén, efter förberedande behandling av vissa hithörande spörsmål, i berättelse angående kommitténs arbete under år 1931 anmält sin avsikt att framlägga särskilt betänkande i ämnet.

Kommittén, som efter den 17 maj 1934 helt ägnat sitt utredningsarbete åt folktandvårdsfrågan, har därvid haft följande sammansättning: ordförande landshövding *S. Lübeck* samt såsom ledamöter dåvarande generaldirektören och chefen för medicinalstyrelsen *N. E. Hellström*, ledamoten av riksdagens första kammare, hemmansägaren *N. J. M. Svensson*, förutvarande ledamoten av riksdagens andra kammare, lasarettssysslomannen *E. I. Lindley* och ordföranden hos Sveriges tandläkareförbund, tandläkaren *H. A. B. Östman*. För tiden intill den 19 oktober 1934 har jämväl numera framlidne sekreteraren hos svenska landstingsförbundet *S. A. Odén* varit ledamot av kommittén. Som sekreterare hos de sakkunniga ha tjänstgjort sekreteraren hos medic-

nalstyrelsen *I. O. Flygare* och förste amanuensen i socialdepartementet *E. G. A. Björkquist*.

Till kommittén hava för att tagas i beaktande vid behandlingen av frågan om folktandvård överlämnats

1) den 11 november 1931 skrivelse från medicinalstyrelsen den 3 i samma månad jämte en därvid fogad framställning den 1 maj 1931 från Sveriges tandteknikers riksförbund om utredning rörande förbud för tandläkare att anordna utbildningskurser för tandtekniker m. m. ävensom ett däröver av Sveriges tandläkareförbund den 22 oktober 1931 avgivet yttrande;

2) den 3 mars 1934 framställning av svenska tandteknikerförbundet den 10 februari 1932 angående utredning av samtliga med tandteknikerspörsmålet och tandteknikerutbildningen sammanhängande frågor; samt

3) den 4 april 1934 framställning av Råneå kommun den 16 januari 1934 om anvisande av medel till fortsatt skoltandvård inom kommunen jämte däröver av pensionsstyrelsen den 28 februari 1934 avgivet utlåtande.

De under 1) omnämnda handlingarna ha av kommittén den 8 december 1931 i avskrift tillställts 1931 års sakkunniga för ordnandet av tandläkarutbildningen.

I anledning av remiss har kommittén den 7 mars 1934 till riksdagens första kammares tillfälliga utskott nr 2 avgivit yttrande över en inom kammaren väckt motion, nr 270, om anordnande av en allmän folktandvård.

Jämlikt bemyndigande den 12 december 1930 har kommittén tillkallat medlemmen för tandvård av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, tandläkaren *H. G. Ramberg* för att biträda vid upprättande av förslag till standardtyp för tandvårdsdistriktsindelning. Tandläkare *Ramberg* har av kommittén jämväl anlitats för viss utredning angående kariesfrekvensens betydelse för landets indelning i tandvårdsdistrikt. Med stöd av ett den 13 juni 1935 givet bemyndigande har kommittén anlitat amanuensen i statistiska centralbyrån, fil. doktorn *A. M. Mebius* för verkställande av utredning rörande ifrågasatta distriktstandläkares avlöningsförmåner ävensom vissa kostnadsundersökningar rörande i vårt land tillämpade system för allmän tandvård. Kommittén har dessutom i tandvårdsfrågor konfererat med 1931 års sakkunniga för ordnandet av tandläkarutbildningen, vilkas utredningsarbete sedermera förklarats vilande, samt med representanter för skatteutjämningsberedningen, medicinalstyrelsen och pensionsstyrelsen. Skolöverstyrelsen har tillhandahållit kommittén visst statistiskt material, och svenska röda korset har beredvilligt till kommitténs förfogande ställt vissa handlingar rörande sin tandvårdsverksamhet. Härjämte har kommittén haft förmånen att i hit hörande ämnen få överlägga med eller höra följande personer:

landshövdingen *J. L. Falk*,

undervisningsrådet *N. J. F. Almkvist*,

byråchefen i kammarrätten *A. J. E. Ripe*,

läraren vid tandläkarinstitutet, docenten *G. E. N. Westin*,

chefen för Stockholms folkskolors tandvård, tandläkaren *S. O. Strandberg*,
 förste provinsialläkaren *K. O. Andersson*, Gävle,
 tandläkaren *G. V. L. Åhman*, Gävle,
 tandläkaren *F. R. Hammar*, Grästorp,
 folkskolinspektörerna i Gävleborgs län *J. S. Gralén*, *N. J. Jonsson* och
J. O. B. Kärrlander samt
 chefen för Stockholms tandläkareförenings polikliniker, tandläkaren *E. G. A:son Wollin*.

Slutligen hava samtliga förste provinsialläkare i samråd med vederbörande tandläkarorganisationer och folkskolinspektörer biträtt kommittén med upprättande av preliminära förslag till tandvårdsdistriktsindelning för de skilda landstingsområdena.

Återställande de med förberörda skrivelse den 22 maj 1929 överlämnade yttrandena över 1928 års betänkande ävensom de ovan under 1)–3) omförmälda handlingarna får statens sjukvårdskommitté härmed vördsamt överlämna »Betänkande angående folktandvård», varmed kommitténs arbete torde få anses vara slutfört.

Stockholm den 31 augusti 1935.

SVEN LÜBECK.

NILS HELLSTRÖM.

ERNST LINDLEY.

I. Flygare.

M. SVENSSON.

B. ÖSTMAN.

Erik Björkquist.

Inledning.

Vid planläggandet och genomförandet av sin utredning angående ordnande av folktandvård har statens sjukvårdskommitté funnit det av 1924 års sakkunniga framlagda förslaget i ämnet (statens offentliga utredningar 1928: 17) i väsentliga delar väl ägnat att läggas till grund för fortsatt bearbetning, därvid syftet främst varit att erhålla ett fastare organisatoriskt underlag för folktandvården än det i nämnda betänkande föreslagna och samtidigt i fråga om kostnadsfördelningen söka ernå en bättre anpassning till de skatteutjämningspunkter, som under senare tid framförts. Kommittén har jämväl beaktat de erinringar, som i andra hänseenden framkommit i avgivna yttranden över nämnda betänkande, ävensom de erfarenheter, som vunnits av på folktandvårdens område efter år 1928 bedriven försöksverksamhet. I enlighet härmed lämnar kommittén i sitt nu föreliggande betänkande först en kortfattad översikt över 1928 års förslag och däröver avgivna yttranden (kap. 1) samt därefter en redogörelse för nyssnämnda försöksverksamhet och därvid vunna erfarenheter (kap. 2). På detta kapitel följer sedan kommitténs förslag (kap. 3—9). För vinnande av större överskådlighet beträffande de i sistnämnda kapitel avhandlade skilda spörsmålen har kommittén jämväl där — med tillhörande motivering — återgivit den ståndpunkt, som i respektive delar intagits av 1924 års sakkunniga samt av de myndigheter m. fl., som yttrat sig i ämnet. Slutligen lämnas i kap. 10 en sammanfattning av kommitténs förslag.

Beträffande folktandvårdsfrågans tidigare utveckling och behandling hänvisar kommittén till den redogörelse, som lämnats i 1928 års betänkande. Frågan om ordnande av militär tandvård har kommittén — i likhet med 1924 års sakkunniga — ansett falla utom ramen för sitt uppdrag.

Avd. I. Översikt över folktandvårdsfrågans läge.

Kap. 1. Kort översikt av 1928 års betänkande angående ordnande av folktandvård och däröver avgivna yttranden.

A. 1928 års betänkande.

Huvuddragen av de förslag, som framlagts i 1928 års betänkande, torde kunna sammanfattas sålunda.

Folktandvårdens omfattning. En genomförd skoltandvård och därvid i främsta rummet tandvård åt barnen i folkskolorna borde vara grundläggande för folktandvården. En konserverande tandvård för de äldre måste nämligen, för att ej bli alltför omfattande, kunna anknyta till en fullständig sanering av tänderna hos det uppväxande släktet. Vidare borde en genomförd skoltandvård i många fall, där svårigheter eljest skulle möta, kunna bereda en framkomlig väg för åstadkommande av en tandvård för hela folket genom att folktandvård åt vuxna organisatoriskt anknötes till skoltandvården. Folktandvården skulle alltså omfatta i första hand en effektiv tandvård för barnen i landets skolor. I anslutning till denna borde därefter tandvården för de vuxna uppbyggas, dock så att skoltandvård och tandvård åt vuxna även kunde ordnas var för sig.

Tandvården borde åsyfta en i möjligaste mån fullständig sanering av de permanenta tänderna. Behandling av mjölkttänderna skulle däremot icke vara obligatorisk, utan överlämnades det åt vederbörande tandläkare att i avseende å dessa tänder förfara efter vad tid och omständigheter kunde medgiva. Tandvårdsplikt borde under inga förhållanden förekomma.

Folktandvårdens handhavande och anordnande. Folktandvården borde handhas kommunalt samt primärkommunerna (skoldistriktet) eller sammanslutningar av primärkommuner utgöra lokala enheter för tandvårdens ordnande, dock under viss medverkan av staten och landstingen. Folktandvårdens ordnande skulle icke vara obligatoriskt utan bero på kommunernas eget bestämmande. Landstingen borde, där kommunernas storlek vore ringa, genom förvaltningsutskotten eller särskilda delegationer medverka till frivilligt åstadkommande av större tandvårdsdistrikt genom sammanslutning av kommuner. Tandvårdsdistrikt kunde även ordnas genom kommunalförbund. Större städer (med omkring 10 000 invånare eller därutöver), vilka kunde förväntas själva ordna sin tandvård, borde lämnas utanför distriktsindelningen. Mindre städer däremot kunde lämpligen sammanslutas med närliggande landskommuner till ett tandvårdsdistrikt. Ett tandvårdsdistrikt borde helst icke omfatta mindre än cirka 1 000 skolbarn. För tandvårdsdistrikt borde finnas en styrelse, som för det fall, att landstingets medverkan till tandvårdsdistriktets bildande varit påkallad, lämpligen utsåges av lands-

tingets förvaltningsutskott. Tandvårdsdistriktens antal å landsbygden beräknades till omkring 400.

De sakkunniga förordade vidare, att folktandvården skulle ordnas medelst polikliniksystem: skoltandkliniker och folktandkliniker. Genomförandet av folktandvård borde dock ej bindas vid en viss för det hela enhetlig form. Fasta kliniker vore att föredraga, enär utrustningen där kunde göras mera fullständig. Ambulatoriska kliniker borde endast komma till användning i de fall, då fasta kliniker icke lämpligen kunde anordnas. Lokaler för såväl de fasta som de ambulatoriska klinikerna borde tillhandahållas av kommunerna och förses med ändamålsenlig men enkel utrustning. De fasta klinikerna syntes förmånligast kunna anordnas så, att kliniken inrättades fristående från skolans lokaler men så nära intill skolan som möjligt och, på olika tider, användes för både barnen och de vuxna. De ambulatoriska klinikerna borde man i allmänhet söka få inrymda i någon skola, vars barn skulle undergå tandbehandling. Tandvårdsdistriktet skulle äga besluta, om avgift för skoltandvård skulle utgå eller ej; maximum för dylik avgift föreslogs till 1 kr. per barn och läsår. På alla de platser, där tandläkare behandlade skolbarn, borde tillfälle beredas till tandvård åt alla — således även bemedlade — vuxna mot av Kungl. Maj:t fastställd billig maximitaxa å tider, då tandläkaren ej vore sysselsatt med skoltandvård. För skoltandvården förutsattes en arbetstid för tandläkaren av 5 timmar om dagen under läsåret, beräknat till 200 dagar, och för folktandvård åt vuxna dels 2 timmar om dagen under nämnda 200 dagar, dels 7 timmar om dagen under ytterligare 80 dagar om året. Enär ett tandvårdsdistrikt som regel borde omfatta flera skoldistrikt eller kommuner med ett större antal skolor, bleve resor nödvändiga för tandvårdspersonalen eller barnen. Personalens resor borde begränsas till så få platser som möjligt, dit skolbarnen skulle inställas för behandling med återkomst till hemmet samma dag.

Tandvårdspersonal. I folktandvården tjänstgörande *tandläkare* borde vara kommunala befattningshavare med fast anställning och årslön, tillsatta av tandvårdsdistriktets styrelse på viss tid eller tills vidare med ömsesidig rätt till uppsägning. Deras tjänstgöring borde regleras närmare genom en av medicinalstyrelsen fastställd instruktion. Såsom löneförmåner föreslogo de sakkunniga en grundlön å 5 100 kr. jämte dyrtidstillägg därå samt tre åldersstillägg å vart och ett 300 kr. med 3 års mellanrum. Härtill skulle komma andel i avgifterna för folktandvård åt vuxna (i regel hälften) ävensom rätt att utöva enskild praktik vid sidan om tjänsten, dock icke i distriktets skolor eller folktandklinik. För vinnande av pension skulle tandläkaren äga rätt till inträde i statens pensionsanstalt med ett pensionsunderlag av 4 000 kr. (något lägre för kvinna) samt beredas tillfälle till familjepension.

I distrikt, där behov av mer än en tandläkare yppade sig, borde anställas *assisterande tandläkare*, helst mot fast avlöning (utan ålderstillägg) samt viss andel av avgifter för folktandvård åt vuxna. Han borde härjämte äga rätt

att tillgodoräkna högst 3 tjänsteår för ålderstillägg vid befordran till tjänstetandläkare. Behovet kunde ock fyllas genom anlitande av privat tandläkare mot arvode per timme eller mot ersättning för utfört arbete enligt taxa. Därest behovet av tandläkarkraft inom ett distrikt vore så stort, att det krävde anställande av ytterligare en eller flera tandläkare, borde chefskap åvila en av dem.

De sakkunniga avstyrka anlitande i folktandvården av mindre kvalificerade krafter (operatörer, dentister m. fl.) för vissa slag av tandläkararbete och ifrågasätta i stället utvidgning av *tandsköterskornas* verksamhet till viss enklare tandbehandling, såsom rengöring och putsning av tänderna. För det tekniska laboriearbetet borde endast vid större kliniker anställas särskilda *tandtekniker*. I ett distrikt av normal storlek borde tandsköterskan som regel kunna ombesörja jämväl det tekniska arbetet. Tandsköterskorna borde på statens bekostnad utbildas vid tandläkarinstitutet och deras kurser utvidgas att omfatta även teknisk utbildning. Som löneförmåner åt tandsköterska föreslogs 1 800 kr. i årslön med två ålderstillägg å vartdera 100 kr. efter 5 och 10 års tjänstgöring ävensom rätt till inträde i statens pensionsanstalt med ett pensionsunderlag av 1 000 kr.

Skoltandvården beräknades vara i huvudsak genomförd år 1950, vid vilken tidpunkt det totala tandläkarbehovet uppskattades till omkring 3 000. Detta behov syntes de sakkunniga kunna täckas med tandläkarinstitutets dåvarande utbildningskapacitet. Folktandvården utvecklades endast småningom, varför utbildningen av tandläkare vid tandläkarinstitutet kunde antagas komma att hålla jämna steg med utvecklingen.

Inspektion. Kontroll över folktandvården borde utövas genom statens försorg. Enär genomförandet av folktandvård komme att taga i anspråk en jämförelsevis utsträckt tidsperiod, borde dock denna inspektion införas successivt och fast anställda inspektörer icke ifrågakomma. Kungl. Maj:t borde, allteftersom behov yppade sig, på förslag av länsstyrelse förordna en helst i länet bosatt tandläkare att mot arvode inspektera den därstädes anordnade statsunderstödda folktandvården. Även vederbörande tjänsteläkare borde utöva tillsyn över nämnda vård och medicinalstyrelsen ha överinseende över det hela.

Kostnadsberäkningar. Kostnaderna för tandvården i ett normalt tandvårdsdistrikt med en fast anställd tandläkare och en tandsköterska skulle enligt 1928 års förslag bli följande.

Engångskostnader (utom kostnad av i allmänhet högst 1 000 kr. för lokal och dess inredning):

i distrikt med endast ambulatorisk klinik	kr. 1 000
i distrikt med fast klinik	» 2 000
i distrikt med fast och ambulatorisk klinik	» 3 000
i distrikt med fast och ambulatorisk klinik samt laborieutrustning (den sistnämnda behövlig endast vid ett mindre antal kliniker)	» 3 750

Årliga driftkostnader:

tandläkarens grundlön (5 100) och dyrtidstillägg (900)	kr. 6 000	
tandläkarens ålderstillägg (i genomsnitt 2 stycken)	» 600	
den på distriktet belöpande avgiftsandelen (= hälften) för tandläkarens pensionering (den andra hälften erlägges av tandläkaren)	» 140	kr. 6 740
tandsköterskans lön	kr. 1 800	
tandsköterskans ålderstillägg (i genomsnitt 1 d:o)	» 100	» 1 900
klinikens drift	» 750	
merkostnad för tandläkarens och tandsköterskans resor	» 1 100	
		Summa kr. 10 490

Kostnadernas bestridande. Enligt 1928 års förslag skulle primärkommunerna principiellt stå för distriktets kostnader. Till engångskostnaderna beräknades dock bidrag kunna erhållas av pensionsförsäkringsfondens överskottsmedel. Till driftkostnaderna avsåges bidrag böra utgå av såväl stat som landsting. Sålunda föreslogs, att till tandvårdsdistrikt av landskommuner och mindre städer, som anordnat tandvård åt barnen i sina folkskolor, statsbidrag skulle utgå med följande belopp:

1) en krona för varje folkskolebarn, som under läsåret genom distriktets försorg fått sina tänder undersökta, tandskador behandlade eller förut behandlade tänder reviderade;

2) om distriktet har fast anställd tandläkare med avlöning till belopp, som kan vara erforderligt för vinnande av pensionsrätt i statens pensionsanstalt: den del av avlöningen, som utgöres av ålderstillägg, dock högst 900 kr. eller, där slutlönen understiger 6 000 kr., ett i proportion därtill minskat belopp;

3) ett särskilt av Kungl. Maj:t för viss tid fastställt bidrag om högst 1 500 kr. till skoltandläkares avlöning i distrikt, som under 2) sägs, därest särskilda svårigheter skulle möta för distriktet att ordna tandvården på grund av skolornas spridda och avlägsna läge, dåliga kommunikationer eller höga skatter.

För statsbidrags åtnjutande skulle gälla bl. a. följande villkor:

Tandvården skulle omfatta alla distriktets folkskolor och alla barnen i dessa samt vara fullständig, så att den vid full utbyggnad årligen i varje skolklass innefattade en tillfredsställande behandling av samtliga barn med skadade tänder och så att barnen vid avgången ur skolan hade fullt sanerade tänder. Vid tandvårdens införande i en skola finge den ordnas efter hand för de olika årsklasserna, så att man började med de två lägsta (småskolan) och därefter år efter år medtog den ny tillkomna årsklassen; behandling av akuta tandåkommor skulle dock äga rum i skolans samtliga klasser. Folkskolebarnen skulle erhålla tandvården kostnadsfritt eller ock — dock endast beträffande bemedlade — mot en avgift av högst en krona för barn och läsår. Tandvårdsdistriktet eller till detsamma hörande kommuner (skol-

distrikt) skulle tillika förbinda sig att enligt angiven plan genomföra och under minst 6 år uppehålla tandvården i sina skolor.

För statsbidrag enligt 2) och 3) här ovan skulle därjämte gälla, att tandläkaren vore skyldig att enligt fastställd billig taxa¹ ombesörja tandvård åt vuxna å tid, då skoltandvård ej påginge. Därvid skulle av distriktet ordnad fast eller ambulatorisk skoltandklinik tillika med fast attiralj och kliniken tillhörande instrument få användas, eller ock hade distriktet att på annat sätt ordna en tillfredsställande tandvård åt vuxna enligt nyssnämnda taxa. Tandläkaren skulle ock vara skyldig ställa sig till efterrättelse av medicinalstyrelsen utfärdad instruktion.

Vid en inom landets samtliga folkskolor fullt genomförd tandvård beräknades ovan angivna statsbidrag komma att årligen uppgå till följande belopp: statsbidrag enligt 1) omkring 500 000 kr., statsbidrag enligt 2) högst 240 000 kr. samt statsbidrag enligt 3) 100 000 kr., eller tillhopa 840 000 kr. Härtill skulle komma kostnaden för inspektion, vilken helt borde bäras av statsverket och av de sakkunniga vid fullt genomförd folktandvård uppskattats till omkring 5 000 kr. för län och år eller för riket i dess helhet alltså till omkring 120 000 kr. Statens kostnader skulle således uppgå till sammanlagt 960 000 kr. årligen.

Landstingen borde, ehuru utan tvångsplikt, medverka icke blott organisatoriskt vid bildandet av tandvårdsdistrikt utan även ekonomiskt. Dylik medverkan komme sannolikt att visa sig behöfelig för att kommunerna mera allmänt skulle gripa sig an med ordnandet av folktandvården och särskilt för att väcka och stärka deras intresse för åvägabringande i samband med skoltandvården av folktandvård för vuxna. Landstingsanslag kunde lämpligen utgå antingen som bidrag till avlöning åt inom tandvårdsdistrikt anställd fast tandläkare under enahanda villkor i avseende å folktandvården för vuxna som dem, vilka föreslagits beträffande statsbidragen, eller ock såsom bidrag i allmänhet till ordnandet av kombinerad skoltandvård och folktandvård för vuxna inom ett tandvårdsdistrikt. Då anslagsbeviljandet skulle vara alldeles frivilligt, hava de sakkunniga icke yttrat sig om bidragens belopp.

Slutligen må erinras, att folktandvården åt vuxna i ett normalt tandvårdsdistrikt beräknats giva en inkomst av 3 000 kr. per år i *avgifter*, av vilket belopp den ena hälften skulle tillfalla distriktet och den andra tandläkaren, samt att inkomsten av de avgifter, som kunde komma att fastställas för bemedlade skolbarns tandbehandling, för ett normaldistrikt uppskattats till 700 kr. per år.

Tandvård i andra skolor än folkskolorna m. m. Vad ovan anförts avser som nämnts närmast barnen i små- och folkskolorna. De sakkunniga föreslå emellertid, att där skoldistrikt hade ordnad tandvård, av distriktet inrättad

¹ De i de sakkunnigas förslag till taxa för folktandkliniker angivna beloppen lågo vid tidpunkten för förslaget avgivande mer än 50 % under en genomsnittlig privattaxa.

klinik borde vara tillgänglig även för eleverna i *fortsättningsskolorna* samt *högre folkskolor*, inrättade av dylikt skoldistrikt. Högre avdelningar av folkskolan skulle helt likställas med motsvarande klass i den egentliga folkskolan.

I *folkskoleseminarierna* och de av staten uppehållna *småskoleseminarierna* skulle av medel, som anslagits till seminariets uppehållande, anordnas kostnadsfri tandvård (utom för proteser) för eleverna och barnen i övnings-skolan, av vilken tandvård nämnda elever och barn vore pliktiga att begagna sig. Tandvården skulle genomföras successivt i seminariet, dock med behandling av akuta fall, i vilken klass de än förekomme. Som ett viktigt moment i tandvårdspersonalens åligganden inginge här undervisning åt eleverna om tändernas betydelse och rätta skötsel. För denna tandvård beräknades ett förslagsanslag å 10 000 kr. bliva tillräckligt, under förutsättning att tandvård under första året anordnades endast i ett par av statens seminarier.

I *statens allmänna läroverk* skulle anordnas behandling för tandskador av barnen i de två lägsta klasserna i den 5-åriga realskolan, varvid de från terminsavgifter till statsverket befriade skulle erhålla behandlingen kostnadsfritt och övriga mot folktandvårdstaxan. Å barnen i övriga klasser skulle varje hösttermin anställas kostnadsfri undersökning av tänderna med meddelanden till målsmännen om resultatet. Tandläkare skulle anställas mot särskilt arvode av staten, medan läroverket tillhandahölle lokal, instrument och förbrukningsartiklar samt bekostade tandsköterska. För denna tandvård hava de sakkunniga beräknat ett årligt anslag av 30 000 kr.

Beträffande *kommunala* eller *enskilda skolor*, som åtnjöte *statsunderstöd* till driften, borde som villkor för detta understöd föreskrivas, att tandvård för lärjungarna ägde rum i följande omfattning:

a) i kommunala mellanskolor skulle varje hösttermin verkställas undersökning av lärjungarnas tänder med meddelanden till målsmännen liksom i de allmänna läroverken;

b) i högre flickskolor skulle anordnas tandbehandling i liknande omfattning som i de allmänna läroverken, varvid förberedande klasser, om sådana funnes, skulle likställas med de två lägsta klasserna i själva skolan;

c) enskilda mellanskolor skulle likställas med kommunala mellanskolor; förberedande klasser, om sådana funnes, skulle likställas med motsvarande klasser i de högre flickskolorna;

d) i högre goss- och samskolor skulle anordnas tandvård i likhet med statens allmänna läroverk.

Beträffande *abnormskolorna* (dövstums-, blindskolorna och sinnesslöanstalterna) ävensom *vanförestaltnerna* uttala de sakkunniga önskvärdheten av att en ordnad tandvård, omfattande jämväl behandling av tandskador, komme barnen i dessa skolor och anstalter allmänt till del, dock borde anordnandet av tandvården icke vara obligatoriskt utan ankomma på vederbörande förvaltningars initiativ. Motsvarande gäller för *uppföstringsanstal-*

ter, skyddshem och barnhem. Tandvården åt barnhemsbarnen borde omfatta även mjölkttänderna.

De sakkunniga framhålla tillika betydelsen av att behandling för avhjälpande av tandskador anordnades jämväl för patienterna å tuberkulos- och sinnessjukvårdsanstalter ävensom å lasarett.

Upplysning och handledning i tandvård. De sakkunniga betona till sist, att för åstadkommande av en allmän effektiv tandvård krävdes jämväl teoretisk och framför allt praktisk upplysning om tandvården och dess betydelse för folkhälsan. Dylik upplysning borde spridas genom uppsatser i tidningar och tidskrifter samt genom folkskrifter och föredrag m. m. Främst borde dock skolan träda till med tandvårdsundervisning i folkskolorna samt i folk- och småskoleseminarier, allmänna läroverk m. fl. skolor. Praktisk handledning i tandvård vore önskvärd för barnen i folkskolorna och med dessa jämställda skolor samt för elever i seminarier och barnen i dessas övnings-skolor, med tillhandahållande av erforderliga tandvårdsmedel vid behov. Skolöverstyrelsen borde härom meddela erforderliga föreskrifter.

B. Yttranden över 1928 års betänkande.

Över 1928 års betänkande angående ordnande av folktandvård hava yttranden avgivits av bl. a. följande:

medicinalstyrelsen — efter hörande av förste provinsialläkarna i riket, svenska tandläkaresällskapet och Sveriges tandläkareförbund gemensamt, Sveriges tandteknikers riksförbund samt medlemmen för tandvård av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd tandläkaren H. G. Ramberg — tandläkarinstitutets lärarråd, statens pensionsanstalt, pensionsstyrelsen, statskontoret, skolöverstyrelsen, överståthållarämbetet, samtliga länsstyrelser och landsting jämte vissa städer, landskommuner och skoldirektioner ävensom svenska landstingsförbundets styrelse och svenska stadsförbundets styrelse. Härjämte ha Sveriges husmodersföreningars riksförbund — med uttalanden av 43 till förbundet anslutna lokalföreningar — och dåvarande provinsialläkaren i Hjortkvarns distrikt G. Hallbäck inkommit med skrifter i ämnet.

En granskning av de inkomna yttrandena giver vid handen, att man i stort sett varit ense om angelägenheten av att åtgärder vidtagas för ordnande av en allmän tandvård. Om det sätt, varpå de sakkunniga velat ordna denna tandvård, hava emellertid meningarna varit i hög grad delade. Medan sålunda en del av de hörda ansett 1928 års förslag i stort sett ägnat att läggas till grund för genomförandet av en allmän tandvård, hava åter andra funnit förslaget lida av så betydande brister, att de icke ansett sig kunna utan väsentliga ändringar tillstyrka detsamma. Kommittén skall nedan söka i stora drag sammanfatta de erinringar av principiell eller mera allmän innebörd, som riktats mot förslaget ifråga. Beträffande detaljerna och den närmare motiveringen hänvisar kommittén till de mera utförliga redogörelser för inkomna yttranden, som lämnas i de olika kapitlen.

Tandvårdens omfattning. Vad då först angår den allmänna tandvårdens omfattning har av tandläkarinstitutets lärarråd m. fl. betonats angelägenheten av att jämväl mjölkttänderna medtoges i behandlingen såsom en viktig del av skoltandläkarnas arbetsutövning samt förslagsvis hemställts, att alla barn inom distriktet, vare sig de fyllt sju år eller ej, skulle i tandvårdshänsesende anses såsom skolbarn och inräknas i mängden av barn, för vilka statsbidrag skulle utgå. Därigenom skulle 6-årsmolarerna kunna behandlas redan vid 6-årsåldern, vilket i sin tur skulle medföra stor tidsbesparing och en avsevärd höjning av tandvårdens effektivitet. Av länsstyrelsen i Blekinge län har vidare framhållits, att med en begränsning av tandvården till barn i folkskolorna under 15 år skulle förslaget realiserande icke åstadkomma en för hela vårt folk lämpad och för rimlig kostnad tillgänglig tandvård. Även från andra håll, bl. a. skolöverstyrelsen och stadsfullmäktige i vissa städer, har påpekats önskvärdheten av att eleverna i de allmänna läroverken och därmed jämställda skolor i fråga om tandvård likställdes med folkskolebarnen, varjämte erinrats om oegentligheten att föreskriva obligatorisk tandvård vid statsunderstödda kommunala och enskilda skolor, då sådan ej föreslagits beträffande folkskolorna. Tillika har ifrågasatts lämpligheten av att stadga tandvårdsplikt för eleverna vid folk- och småskoleseminarierna. Länsstyrelsen i Malmöhus län m. fl. betona, att åtgärder för tandvård åt vuxna ej böra få fördröja ordnande av tandvård åt skolbarnen.

Tandvårdens handhavande och anordnande. Beträffande den allmänna tandvårdens *handhavande* hava tandläkaresällskapet och tandläkareförbundet som sin principiella uppfattning gjort gällande, att folktandvården ur effektivitets- och kvalitetssynpunkt borde omhändertagas av staten, men av opportunitetsskäl avstått från att närmare motivera denna ståndpunkt. Medicinalstyrelsen, statskontoret och landstingsförbundet hava å sin sida uttalat sig för att tandvårdens organiserande och handhavande borde anförtrös åt landstingen såsom varande de organ, vilka hade de största förutsättningarna för ett lyckligt genomförande av ifrågavarande uppgifter. Landstingsförbundet uppställde dock såsom villkor härför, att landstingen befriades från vissa ekonomiskt tyngande uppgifter, vilka för det dåvarande ålåg dem. Landstingen själva hava i sina yttranden understrukit denna synpunkt.

I fråga om tandvårdens *närmare anordnande* hava nu nämnda myndigheter och sammanslutningar ävensom skolöverstyrelsen, åtskilliga länsstyrelser, stadsfullmäktige i flertalet städer samt svenska stadsförbundet uttalat starka betänkligheter mot de sakkunnigas förslag att lämna städer med omkring 10 000 invånare och därutöver helt utanför den statsunderstödda tandvårdsorganisationen. Yrkanden hava härvid framställts, att samtliga ifrågavarande städer, som ingå i landsting, böra erhålla statsbidrag till tandvården, om ock med lägre belopp än övriga tandvårdsdistrikt. Länsstyrelsen

i Gävleborgs län anser, att åtminstone de mera skattetyngda större städerna borde äga rätt till statsbidrag för tandvårdsändamål.

Från några håll har jämväl påyrkats vidgad användning av ambulatoriska tandvårdspolikliniker ävensom sänkning av det föreslagna minimiantalet skolbarn per distrikt.

Tandvårdspersonalen. Vad angår tandvårdspersonalen hava tandläkarsällskapet och tandläkareförbundet ävensom några länsstyrelser framhållit, att *tandläkarnas* anställningsförhållanden måste göras fastare och deras avlöningsförmåner bättre, om en tillfredsställande rekrytering skall ernås. Tandläkarinstitutets lärarråd förordar, att tandläkartjänsternas tillsättande anförtros åt medicinalstyrelsen samt att lönen med ökad ålder stegras inom ramen för den föreslagna slutsumman. Begynnelselönen bleve härigenom lägre, ålderstilläggen åter flera. Skolöverstyrelsen påyrkar större bestämmanderätt åt skolans myndigheter över skoltandläkares tillsättande och verksamhet. Å andra sidan hava statskontoret, landstingsförbundet och stadsfullmäktige i vissa städer hävdadt, att kontrakt med ersättning efter utfört arbete åtminstone till en början vore en lämpligare form för tandläkares anställning och avlönande än anställning med fast lön. Statens pensionsanstalt slutligen förordar bl. a. lika bestämmelser för man och kvinna beträffande distrikts-tandläkares pension.

Tandteknikernas riksförbund finner anmärkningsvärt, att de sakkunniga ägnat så föga uppmärksamhet åt användande av *tandtekniker* som assistenter inom folktandvården, samt förordar en uppdelning av tandvårdsarbetet så, att tandteknikern finge dels som assistent åt tandläkaren, dels som självständigt praktiserande utföra protesarbete i sanerad mun. Länsstyrelsen i Uppsala län samt några landsting ifrågasätta utredning om användande av tandvårdsfunktionärer med lägre kompetens än de nuvarande tandläkarna. Medicinalstyrelsen har dock ställt sig helt avvisande härtill, främst med hänsyn till svårigheten att i praktiken upprätthålla en bestämd gräns mellan de båda tandläkargruppernas kompetensområden.

Även beträffande *tandsköterskornas* verksamhet hava erinringar framkommit. Från tandläkarhåll har man sålunda ställt sig tveksam mot en utvidgning av sköterskans verksamhetsområde till att omfatta egentligt tandvårdsarbete, låt vara av enklare slag, och från tandteknikerhåll hava betänkligheter uttalats mot ett vidgat användande av tandsköterskan såsom tandtekniker. Enligt landstingsförbundets mening böra tandsköterskorna utnyttjas i motsvarande omfattning som sjuksköterskorna inom kroppssjukvården i övrigt. Medicinalstyrelsen förordar närmare utredning i frågan. Från tandläkarhåll har ock påpekats, att med den föreslagna arbetsbördan behov snart komme att uppstå av ytterligare en tandsköterska i varje distrikt av normalstorlek.

Inspektion. Mot den föreslagna inspektionen har i åtskilliga yttranden anmärkts, att den ställde sig alltför dyrbar. Tandläkarinstitutets lärarråd

anser, att fast anställda inspektörer skulle medföra en billigare och samtidigt effektivare kontroll, medan statskontoret och landstingsförbundet m. fl. finna en inspektion genom vederbörande tjänsteläkare och folkskolinspektörer tillräcklig.

Kostnaderna och deras fördelning. De sakkunnigas *kostnadsberäkningar* för ett normaldistrikt anses av många för låga vad angår såväl engångs- som de löpande utgifterna. Bland annat har erinrats, att vissa löpande kostnader över huvud ej beaktats.

I fråga om kostnadernas *fördelning* hava åtskilliga myndigheter, såsom medicinalstyrelsen, skolöverstyrelsen, överståthållarämbetet, ett stort antal länsstyrelser och landsting samt stadsfullmäktige i vissa städer ävensom landstingsförbundet, ansett högre bidrag från statens sida erforderligt, därest folktandvården skulle kunna genomföras inom rimlig tid. Länsstyrelsen i Norrbottens län har härvid betonat önskvärdheten av att statsbidrag måtte utgå jämväl till engångskostnaderna (upp till 50 %). Beträffande det särskilda bidraget till ogynnsamt lottade distrikt har statskontoret påpekat svårigheten att härutinnan träffa ett rättvist avgörande, medan länsstyrelsen i Jämtlands län framhållit, att ifrågavarande bidrag bleve av föga betydelse, om det endast finge utgå till distrikt med fast anställd tandläkare. Ett flertal myndigheter ha funnit de föreslagna villkoren för statsbidrag alltför stränga och påyrkat lindring däri.

Å andra sidan anser medicinalstyrelsen önskvärt, att även landstingen obligatoriskt lämna bidrag till tandvårdskostnaderna i syfte att göra primärkommunernas utgifter för tandvårdsändamål mera överkomliga och samtidigt giva tandvårdsorganisationen ökad stadga. Landstingens bidrag kunde lämpligen fastställas till enahanda belopp som statsbidragen (2 kr. per barn). Landstingsförbundet har uttalat sin huvudsakliga anslutning till dessa grunder.

Slutligen har medicinalstyrelsen m. fl. ifrågasatt en höjning av målsmännens bidrag jämte viss maximering därav med hänsyn till det antal barn, för vilket en målsman skulle ha att svara. Från något håll har ock påyrkats, att avgift för skoltandvård skulle göras obligatorisk, medan från andra håll uttalats önskemål om nedsättning av den föreslagna taxan för vuxnas tandvård.

Tandvård vid sjukvårdsanstalter m. m. Tandläkarinstitutets lärarråd och tandläkarsammanslutningarna samt landstingsförbundet hava förordat, att vid de centrala sjukhusen i länen borde inrättas en med avseende å personal och utrustning mera kvalificerad poliklinik med uppgift att dels sörja för erforderlig tandvård vid sjukhuset, dels och framför allt tillgodose tandvårdsbehovet för sådana fall, som icke lämpligen kunde behandlas å de vanliga distriktpoliklinikerna.

I ett flertal yttranden har föreslagits, att försöksverksamhet i viss utsträckning borde anordnas i huvudsaklig överensstämmelse med de sakkunnigas

förslag, innan definitiva åtgärder beslötes. Därvid borde beaktas de erfarenheter, som framkommit vid den av svenska röda korset bedrivna försöksverksamheten på tandvårdens område. Medicinalstyrelsen har ock framhållit önskvärdheten av samarbete mellan läkare och tandläkare vid tandvårdens utbyggande och bedrivande. Slutligen har från några håll påpekats vikten av allmänt förebyggande hälsovårdsåtgärder och vidgad upplysningsverksamhet såsom komplement till den egentliga tandvården.

Kap. 2. Olika tandvårdssystem, som tillämpats eller föreslagits efter framläggandet av 1928 års betänkande.

I syfte att praktiskt pröva det förslag till folktandvårdens ordnande, som framlagts i 1928 års betänkande, har medicinalstyrelsen av medel, som ställts till dess förfogande, under åren 1930—1933 anordnat viss försöksverksamhet i huvudsaklig överensstämmelse med nämnda förslag. Sådan försöksverksamhet har bedrivits i fyra distrikt, varav två i Skaraborgs och två i Värmlands län.

Svenska röda korset, som år 1926 upptog folktandvården på sitt program, har likaså bedrivit en alltmer omfattande försöksverksamhet på tandvårdens område, främst i syfte att genom propaganda verka för en förbättrad tandvård och samtidigt söka uttröna lämpliga former för ett rationellt ordnande av skoltandvården å landsbygden. Under år 1933 bedrevs genom röda korsets försorg dylik verksamhet i en eller annan form inom ej mindre än 330 kommuner och kretsar (omfattande en eller flera kommuner). Omfånget av verksamheten har varit mycket växlande. Av betydelse i förevarande sammanhang äro närmast de i större skala genomförda försöken, vilka varit förlagda till Jämtlands, Västerbottens, Jönköpings och Kalmar län. Härjämte har röda korset medverkat till planerande av kommunal tandvårdsverksamhet i bl. a. Fjäre härad och Kungsbacka stad av Hallands län enligt det s. k. Fjäre- eller Kungsbackasystemet. Detta system synes dock icke ännu hava kommit i praktisk tillämpning.

I Gävle stad har sedan år 1930 för skoltandvårdens ombesörjande prövats en särskild anordning, vilken främst så tillvida erbjuder en väsentlig olikhet i förhållande till ovan berörda försöksverksamhet, att skoltandvården omhänderhaves av en ekonomisk förening u. p. a. Slutligen må nämnas, att landshövding John Falk i juni 1934 i tryck framlagt ett preliminärt förslag till folktandvårdens ordnande i riket, vilket grundar sig på de erfarenheter, som vunnits av den inom Kalmar län bedrivna försöksverksamheten, och utgör resultatet av ett med stort intresse bedrivet undersökningsarbete å området.

Med hänsyn till den betydelse, här berörda försöksverksamhet och förslag hava för fullgörandet av det kommittén anförtrodda uppdraget, lämnar kom-

mittén nedan en kort redogörelse för de huvudprinciper, som ligga till grund för desamma, ävensom för de erfarenheter, vilka kunna anses hava vunnits av försöksverksamheten. Det har härvid synts kommittén lämpligt att först behandla de system, som vunnit praktisk tillämpning, och därefter de förslag, som ännu icke omsatts i praktiken.

A. Tillämpade system.

1. Medicinalstyrelsens försöksverksamhet. Medicinalstyrelsens försöksverksamhet har omfattat såväl tandvård inklusive tandvårdsundervisning åt samtliga folkskolebarn inom respektive distrikt som tandvård åt vuxna. Beträffande skoltandvården har principen varit den, att samtliga tänder såväl temporära (mjölkänder) som permanenta (beständiga) skulle försättas i funktionsdugligt tillstånd. Härutinnan föreligger en viss olikhet i förhållande till 1928 års förslag, enligt vilket behandlingen av mjölkänderna ej var obligatorisk utan beroende på vederbörande tandläkares beprövande. Med hänsyn till att barnen ifråga förut icke åtnjutit någon tandvård har emellertid mjölkandvården icke kunnat göras fullständigt konserverande utan har extraktion (utdragning) måst tillgripas i större utsträckning. Detta är dock att betrakta som ett övergångstillstånd. Erfarenheten visar, att man under en 3-årsperiod kan komma fram till ett resultat, som kännetecknas även av en relativt väl genomförd konserverande mjölkandvård.

Verksamheten har bedrivits i fasta polikliniker med fast avlönad tandläkare. Barn och vuxna ha behandlats å samma polikliniker. Tandvårdsdistrikten ha avpassats så, att vart och ett fått ett antal skolbarn av omkring 700, eller alltså cirka 300 mindre än vad tandvårdssakkunniga av år 1924 föreslagit. Anledningen härtill är att mjölkandvården, med vilken nämnda sakkunniga icke räknat, här medtagits. Tandläkarens fasta avlöning har satts till 500 kr. för månad, varjämte han tillförsäkrats hela inkomsten av den tandvård för vuxna, som han ägt meddela mot av medicinalstyrelsen fastställd taxa (i 1928 års förslag blott hälften). Tandläkaren har därjämte haft kostnadsfritt biträde av en tandsköterska under åtta timmar varje arbetsdag, fritt instrumentarium till all tandvård enligt särskild förteckning, fria materialier till skoltandvården ävensom fri uppvärmd och städad lokal jämte belysning och elektrisk ström till all tandvård. Däremot har han haft att själv bestrida kostnaderna för förbrukningsartiklar och tandtekniskt arbete, som erfordrats för den taxebelagda tandvården. Tjänstgöringsskyldigheten har utgjort minst 4 timmars skoltandvård varje söckendag under läsåret och minst 4 timmars folktandvård åt vuxna varje söckendag under den tid av året, då tandläkaren ej åtnjutit honom tillförsäkrad rätt till 30 dagars semester under skolverferierna. Privatpraktik har ej varit medgiven. Även i denna del skiljer sig försöksverksamhetens principer alltså i någon mån från 1928 års förslag.

Kostnaderna ha bestritts på följande sätt: Landstingen ha bidragit med 2 kr. per vårdat barn, och enahanda belopp har erlagts av föräldrarna. Distriktets kommuner ha ansvarat för lokalhyra samt kostnaderna för värme, belysning och elektrisk kraft; medicinalstyrelsen har dock bekostat städning av lokalen. Skillnaden har täckts genom anslag från pensionsstyrelsens fond för sjukvårdande uppgifter. För tandvården åt vuxna har ersättning erlagts enligt den av 1924 års sakkunniga föreslagna taxan.

Kommittén. I de årsrapporter, som de vid medicinalstyrelsens försöksverksamhet anställda tandläkarna tillställt styrelsen, finnas vissa uppgifter och uttalanden, som varit till god ledning för kommitténs ställningstagande till vissa organisatoriska spörsmål. Så hava t. ex. samtliga fyra distriktstandläkare betonat, att det är för sent och oekonomiskt att börja mjölkstandsbehandlingen vid 6—7 års ålder. Denna behandling bör, för att bli ekonomisk, helst börja vid 2 à 3 års ålder. Vidare framgår av första årets rapporter, att jämväl distrikt om 700 skolbarn till en början äro väl stora med hänsyn till den omständigheten, att klientelet befinner sig i helt osanerat skick. Sedan barnen en gång blivit genomgångna, synes emellertid verksamheten utvisa, att distrikt på omkring 1 000 skolbarn äro väl avvägda. Under övergångstiden måste givetvis tillämpas en tandvård, som blir mer summarisk d. v. s. giver tandextraktionen större plats än vad som behöver komma i fråga, när distriktet är sanerat.

Några olägenheter av kombinerad tandvård för barn och vuxna hava icke förports i rapporterna. Snarare torde erfarenheterna härutinnan kunna sägas bestyrka, att berörda kombination varit lämplig och i hög grad bidragit till att popularisera verksamheten. Ett uttryck härför är bl. a., att de genom medicinalstyrelsens försorg upprättade försökspoliklinikerna numera, efter försöksverksamhetens avslutande, i viss utsträckning drivas av kommunerna själva med obetydligt bidrag av statsmedel (pensionsstyrelsen).

Beträffande kostnaderna föreligga icke sådana uppgifter, att några slutsatser av värde kunna dragas beträffande försöksverksamheten i dess helhet. Vissa värdefulla uppgifter kunna emellertid erhållas ur en av distriktstandläkaren F. R. Hammar år 1934 publicerad uppsats om folktandvården i Grästorps distrikt. Av denna framgår, att driftkostnaderna i distriktet för kalenderåret 1932 (halva 2:dra och halva 3:dje verksamhetsåret), oberäknat amortering och ränta å anläggningskapitalet, belöpt sig till 10 179 kr. Då antalet behandlade barn varit blott 600, har kostnaden blivit så hög som kr. 16: 90 per barn och år. Det är påtagligt, att denna kostnad i icke ringa grad påverkas, om barnantalet höjes. De oundgängliga grundkostnaderna (tandläkares och tandsköterskas löner, hyra och städning m. m.) fördelas härvid och utnyttjas bättre. Räknar man med att en tandläkare efter en viss övergångstid kan med hjälp av en sköterska ombesörja fullständig tandvård åt cirka 1 000 barn (jfr ovan), skulle kostnaden per barn, inkluderande samtliga omkostnader, komma att sjunka till 10 à 11 kr. för år.

I förenämnda uppsats lämnas även en med stöd av erfarenheterna från Grästorpsdistriktet upprättad kostnadsberäkning för de tre första och viktigaste åren i ett nytt tandvårdsdistrikt. Enligt denna beräkning skulle kostnaden per barn bli:

Under första verksamhetsåret (300 nybehandlade barn):

om anläggningskostnaderna inräknas kr. 46:—

om anläggningskostnaderna fråndragas » 32:67

Under andra verksamhetsåret (350 nybehandlade barn + 300

revisionsbarn) » 15:46

Under tredje verksamhetsåret (350 nybehandlade barn + 650

revisionsbarn)¹ » 10:50

Av dessa siffror framgår såsom ett önskemål, att vid igångsättandet av en distriktstandvård hela barnantalet skyndsammast möjligt försättes i sanerat skick. Först därefter erhålles nämligen ekonomisk jämvikt i driften.

Såsom ett sammanfattande omdöme om de erfarenheter, som vunnits av medicinalstyrelsens försöksverksamhet, torde sålunda kunna framhållas,

att kombinationen skoltandvård och tandvård för vuxna vid samma poliklinik icke möter svårigheter;

att mjölkttänderna böra medtagas i vården och detta helst redan före inträdet i skolåldern;

att en tandläkare jämte hjälpkraft (tandsköterska) kan medhinna behandling av omkring 1 000 barn årligen under ordinära förhållanden; samt

att kostnaden för en fullständigt genomförd barntandvård (mjölkttänder och permanenta tänder) efter viss övergångstid kan beräknas till 10 à 11 kr. per barn och år, för vilken kostnad jämväl vinnes fördelen av tillgång till tandbehandling för den vuxna befolkningen mot en relativt låg taxa.

2. Röda korsets försöksverksamhet. Gemensamt för all röda korsets tandvårdsverksamhet har varit, att upplysningsarbete beträffande tändernas vård intagit en framskjuten plats. Tandvårdsbehandlingen har i första hand avsett skolbarn. Konserverande mjölkttandvård har dock icke ingått i verksamheten. Av vederbörliga rapporter rörande verksamheten inhämtas i övrigt bl. a. följande:

a. Jämtlands län (1927—1933). I Jämtlands län har tandvården omfattat både nybehandling och revidering av skolbarn. Nybehandlingen har huvudsakligen avsett de lägre skolklasserna. Behandling av vuxna har även förekommit i viss icke närmare angiven omfattning.

Verksamheten har bedrivits dels i form av ambulerande sådan, dels ock i mindre utsträckning vid fasta tandvårdsstationer. Den ambulerande verk-

¹ Det fjärde verksamhetsåret och följande bör antalet nybehandlade barn bli $\frac{1\,000}{7}$ eller omkr. 150 samt antalet revisionsbarn $1\,000 - 150 = 850$. (Kommitténs anm.)

samheten har tillgått så, att poliklinikutrustningen, förpackad i särskilda kistor, förflyttats från den ena orten till den andra och där installerats i skollokaler eller andra lämpliga lokaler. Två dylika ambulerande polikliniker ha varit i verksamhet. Den fasta verksamheten har varit förlagd till tandläkares privatmottagningar.

Ledningen av verksamheten har handhåfts av en poliklinikstyrelse i residensstaden och under dennas överinseende av lokala tandvårdsnämnder i kommunerna. Tandläkaren har anställts genom kontrakt med arvode av 25—30 kr. per arbetsdag mot skyldighet att under varje sådan arbete 4—5 timmar med skoltandvård; övrig tid har disponerats för privatpraktik mot fastställd taxa och med rätt att använda röda korsets klinikutrustning.

Beträffande kostnadernas bestridande må framhållas, att röda korset tillhandahållit utrustning för de ambulatoriska poliklinikerna, medan kommunerna ställt till förfogande lokal samt bekostat lyse, värme, städning och transport av polikliniken. Anslag till verksamheten ha utgått från överstyrelsen för röda korset (av statsanslag och andra anslag) samt från enskilt håll (sparbank). Avgifter av 1—10 kr. per färdigbehandlat barn ha erlagts av målsmännen resp. — beträffande medellösa — av kommunerna. Till tandläkarens avlöning har utgått kommunalt bidrag av 10 kr. per arbetsdag.

Erfarenheterna av ifrågavarande verksamhet synas i stort sett ha varit goda. Såväl anslutningen till poliklinikerna som kommunernas beredvillighet att ekonomiskt stödja verksamheten uppgivas ha vuxit år från år. — Kostnaden per barn uppgives till kr. 12: 14 (medeltal) för åren 1928—1930, kr. 12: 93 för år 1932 och kr. 15: 01 för år 1933. I kostnaden för åren 1928—1930 ingå ränta och amortering å viss utrustning men ej utgifter för lokalhyra, värme, elektrisk ström m. m. Motsvarande uppgifter 1932—1933 saknas.

b. Västerbottens län (25/4 1930—30/4 1933). I Västerbottens län har tandvården under det senaste verksamhetsåret huvudsakligen varit inriktad på revidering av förut behandlade barn. Verksamheten har bedrivits ambulatoriskt men under i viss mån annan form än i Jämtland, i det att tandvårdsverksamheten varit inrymd i en buss, vilken tjänstgjort som arbetslokal. Ursprungligen hade man till förfogande en amerikansk buss, den s. k. Lokrantzska bussen, som icke hade egen motor utan måste bogseras från plats till plats. Denna har sedermera (våren 1932) utbyts mot en svenskbyggd buss med egen motor. Organisationen i övrigt har varit likartad med den i Jämtlands län.

Vad angår kostnadernas bestridande har den första bussen skänkts av enskilda och den andra inköpts av röda korset. Kommunerna ha bekostat elektrisk energi och vatten samt bestritt kostnaderna för den amerikanska bussens bogsering. Erforderliga medel till verksamheten i övrigt hava tillhandahållits av överstyrelsen för röda korset (av statsanslag och andra anslag). Tandvårdsavgifter ha utgått med 1—3 kr.; beträffande obemädlade barn ha kommunerna svarat för dessa avgifter.

I fråga om de erfarenheter, som vunnits av förevarande verksamhet, kan nämnas, att den svenskbyggda bussen uppgivits hava lättare att taga sig fram än den amerikanska, ehuru även beträffande den svenska svårigheter stundom förelegat för förflyttning. Den svenska bussen har ock visat sig kunna hastigare än den amerikanska färdigställas för mottagning och för transport, vilket allt gynnsamt influerat på kostnaderna. Såsom arbetslokal är den svenskbyggda polikliniken avsevärt trängre än den amerikanska, men detta har enligt personalens utsago icke menligt inverkat på arbetstakten. Bussen har även vid tillfälliga perioder av stark köld uppgivits vara fullt användbar såsom arbetslokal; vid längre köldperioder har den dock visat sig vara för kall. Poliklinikens kapacitet anslås till högst 1 000 barn under läsåret. För Västerbottens län skulle därför ett flertal polikliniker sådana som den svenska bussen vara erforderliga för att permanent organisera skoltandvården inom distriktets kommuner. På grund av de stora anskaffningskostnaderna förorda emellertid vederbörande i första hand tillämpning av det i Jämtland tillämpade systemet med ambulatoriska polikliniker i fasta lokaler och den erforderliga poliklinikutrustningens transporterande i särskilt konstruerad släpvagn. Anskaffningskostnaderna för ett dylikt klinikaggregat angivas uppgå till endast en tredjedel av kostnaden för den svenska bussen. Såsom en nackdel av det jämtländska systemet framhålles dock, att detsamma icke har den rullande poliklinikens möjligheter att uppsöka klientelet och sålunda saknar något av denna polikliniks propagandavärde. Slutligen anföres, att det visat sig svårt att under sommarlovet få fram barnen till polikliniken, varför skoltandvården borde förläggas till tiden för läsningen, då man hade lärarpersonalens auktoritet att lita till. — Kostnaden per barn har beräknats till kr. 16: 95 för första verksamhetsåret och till kr. 16: 71 för det tredje, inberäknat ränta och amortering för bussen.

c. *Jönköpings län* (1928—1932). I Jönköpings län har planen från början gått ut på att bereda tandvård åt barnen i första klassen av vissa skolor å landsbygden och därefter årligen upprepad tandvård åt dessa barn under skoltiden. Planen har till huvudsaklig del kunnat fullföljas. Verksamheten har dels varit förlagd till tandläkares enskilda praktiklokal, dels utövats ambulatoriskt i enlighet med Jämtlandssystemet, dels ock bedrivits ambulatoriskt i den Lokrantzka bussen såsom ersättning för sistnämnda verksamhet.

Bussen har ställts till förfogande av överstyrelsen för röda korset. En tandvårdsavgift av 2 kr. har uttagits av resp. målsman eller, vid fall av medellöshet, av kommunen, som tillika hållit lokal och bekostat barnens transport till och från polikliniken.

De i verksamheten anställda tandläkarna ha funnit den Lokrantzka bussen vara en god arbetslokal, avsevärt att föredraga framför många av de lokaler, som tidigare disponerats för verksamheten. Även busspoliklinikens utrustning har ansetts mycket ändamålsenlig. Bussens storlek och de relativt

stora transportkostnaderna uppgivas emellertid ha lagt hinder i vägen för bussens uppställande på önskvärt antal platser. Intresset för skoltandvården uppgives alltså vara i stigande, ådagalagt bl. a. av ökade bidrag från kommunerna. Det ekonomiska läget gjorde det dock omöjligt för kommunerna att på egen hand anordna tandvård. — Kostnaden per barn uppskattades till kr. 11: 18 för år 1931 och kr. 9: 37 för år 1932. I förstnämnda kostnad ingår viss ränta och amortering men ej lokalhyra o. dyl. Motsvarande uppgifter för år 1932 saknas.

d. *Kalmar län* (1930—1933).¹ I Kalmar län har tandvården avsett samtliga folkskolebarn å länets landsbygd och lämnats från första klassen och uppåt. Av ekonomiska skäl beslöts i fråga om första tuggtanden (6-årstanden eller 6-årsmolaren) »att till en början behandlingen av obemedlade endast skulle avse extraktion av densamma». Avsikten härmed uppgives ha varit, att 6-årsmolaren, som av ekonomiska skäl icke ansåges kunna bli föremål för konservativ behandling förrän samtliga övriga beständiga tänder blivit genomgångna, skulle konservativt behandlas så fort ske kunde med början i sjätte klassen och därefter nedåt. Verksamheten har helt varit förlagd till de enskilda tandläkarnas praktiklokaler.

För verksamhetens bedrivande har samverkan ägt rum mellan svenska röda korset, länets tandläkare (Kalmar läns tandläkarsällskap), lärare och anslagsgivande kommuners organ. Länet har indelats i 18 tandvårdsdistrikt med 2—19 socknar i varje distrikt och som regel högst 2 mils avstånd till tandläkaren. Distriktens folkmängd har växlat mellan 3 840 och 27 220 personer. Där två eller flera tandläkare funnits inom samma distrikt, ha kommunerna fördelats å tandläkarna; endast där geografiska förhållanden påkallat ha flera än en tandläkare arbetat inom samma kommun. Antalet invånare per tandläkare har varierat från 1 920 till 9 950. Ersättning till tandläkarna har utgått efter följande taxa: för varje fyllning 5 kr., för extraktion av mjölkänder 1 kr. för 1—3 tänder och 2 kr. för fyra eller flera tänder samt för extraktion av permanenta tänder 2 kr. för en tand och 3 kr. för två tänder. För de obemedlade har denna ersättning med lika belopp bestritts av överstyrelsen för svenska röda korset och resp. landskommun; de obemedlade ha betalat för sig själva. För sådana barn, som behövt hjälp därtill, har röda korset bekostat transport till tandläkaren. Avsevärd nedsättning i biljettpiserna har beviljats av samtliga trafikföretag inom länet för samtliga barn.

Erfarenheten anses bl. a. ha givit vid handen, att distriktsindelningen i stort sett fungerat tillfredsställande och att avstånd om mer än två mil till tandläkarstationen i regel äro mindre lämpliga. Försöksverksamheten har ock ådagalagt en varierande utbredning av tandrötan inom länets olika delar, varför en tandröteundersökning ansetts böra föregå en uppdelning av

¹ Uppgifterna i huvudsak hämtade ur en av landshövding J. Falk i juni 1934 i tryck avgiven redogörelse för röda korsets tandvårdsverksamhet i Kalmar län.

landet i tandvårdsdistrikt. Samarbetet mellan svenska röda korset, länets tandläkare, lärare och kommuner betecknas som gott. De bredare befolkningslagrens intresse för barnens tandvård uppgives hava tagit sig uttryck i såväl ekonomiska uppföringar av kommunerna som stor anslutning från barnens sida. Som exempel anföres, att i vissa socknar samtliga skolbarn infunnit sig för undersökning och erforderlig behandling. Omkring 50 % av barnen ha betalat för sig själva. — Någon kostnad per barn finnes ej direkt angiven. Totala kostnaden för de obemedlade barnens tandvård under åren 1931, 1932 och första halvåret 1933 uppgives emellertid ha uppgått till 49 012 kr. och antalet under samma tid behandlade obemedlade barn (= fall) till 1 565 år 1931, 2 230 år 1932 och 1 796 år 1933 (summa 5 591). I medeltal per år ha alltså behandlats 1 864 barn (=fall) för en kostnad av 16 337 kr. Medelkostnaden per barn och år kan sålunda uppskattas till omkring kr. 8: 75.¹

Att av ovan anförda uppgifter draga några bestämda slutsatser rörande *Kommittén*. vilket system, som i och för sig medför minsta kostnaden, torde icke vara möjligt. Sålunda framgår av ovanstående, att de angivna kostnadssiffrorna per barn icke äro fullt jämförbara redan i fråga om ränta och amortering av engångsutgifterna. En närmare granskning av systemen giver dessutom vid handen, att den lämnade behandlingen såväl till kvalitet som omfattning varit i icke ringa grad olikartad. Kommittén hänvisar härutinnan till nedanstående tablå över tandfyllningar och extraktioner samt extraktioner per fyllning (extraktionskoefficient), till jämförelse upptagande jämväl motsvarande uppgifter för medicinalstyrelsens försöksverksamhet och skoltandvården i Stockholms folkskolor.

Ser man först på röda korsets verksamhet sådan den framgår av tablå, faller genast i ögonen, att antalet fyllningar per barn är särskilt lågt i Kalmar län. Detta sammanhänger med att de fyra 6-årsmolarerna där endast undantagsvis gjorts till föremål för konserverande behandling. Hade dessa liksom i övriga län medtagits i den konserverande vården, hade antalet fyllningar och därmed även kostnaden per barn — kostnaden per fyllning 5 kr. — betydligt stegrats och med största sannolikhet ej understigit motsvarande siffror för övriga län. Jämtlands och Västerbottens län förete i sin tur ett relativt högt antal extraktioner per barn, vilket givetvis påverkat deras kostnadssiffror i gynnsam riktning. Ifrågakarande tre län utvisa ock ett högt antal extraktioner per fyllning i förhållande till Jönköpings län, där antalet fyllningar och extraktioner per barn kan betecknas som mera normalt för en

¹ Att, såsom från Kalmarhåll antytts, kostnaden per barn och år skulle utgöra endast $\frac{1}{3}$ av kr. 8: 75 = 2: 92 synes icke riktigt. Detta framgår tydligt vid en jämförelse med antalet »ingrepp» (fyllningar + extraktioner). Detta redovisas till 16 910 st. eller alltså i medeltal något mer än 3 per barn (= fall). Då kostnaden per »ingrepp» utgör kr. $\left(\frac{49\,012}{16\,910} = \right)$ 2: 90, blir alltså kostnaden per barn och år cirka kr. 8: 75.

Tablå.

Verksamhetsområde och tid	Antal behandl. barn (även bemedlade)	Antal fylln. per barn	Antal extr. per barn	Antal extr. per fylln.	Anmärkningar
Jämtlands län 1927—34	10 029	3·7	2·65	0·73	Ej konserverande mjölk tandvård. Extraktionskoefficienten för hela tiden påverkas i ogynnsam riktning genom en onormalt hög extraktionsfrekvens åren 1930—31
De tre första verksamhetsåren 1927—29	1 857	2·76	1·90	0·70	
De tre sista verksamhetsåren 1932—34	5 566	4·43	2·65	0·60	
Västerbottens län 1931—35	4 281	2·4	2·5	1·04	Ej kons. mjölk tandvård. * Extr. av mjölk-tänder torde ej ingå här i
Jönköpings län 1931—33	4 451	3·4	1·1*	0·3	
Kalmar län 1931—33 (2½ år).....	8 379	1·66	1·27	0·76	Ej kons. mjölk tandv. Ej kons. beh. av 6-årständerna
Med.-styrelsens försöksverksamhet (utom Tibro) 1930—32 (5 terminer)	4 270	3·74	1·17	0·49	Kons. vård av båda dentitionerna. Uppgifter från Tibro ej medtagna på grund av rapporternas svårtyd-barhet
Stockholms folkskolors polikliniker läsåret 1933—34	29 552	2·65	0·56	0·21	Huvudsakligen be-handling av perma-nenta tänder

konserverande tandvård. Tveksamt är dock, om i sistnämnda län extraktioner av mjölk tänder redovisats.

Granskar man här efter medicinalstyrelsens försöksverksamhet, där till skillnad från röda korsets verksamhet den konserverande vården omfattat jämväl mjölk tänderna, befinnes extraktionskoefficienten ställa sig avgjort bättre än i Jämtlands, Västerbottens och Kalmar län men något sämre än i Jönköpings län. Förklaringen till sistnämnda förhållande torde sannolikt ligga i vad nyss antytts beträffande redovisningen av mjölk tandsextraktionerna i Jönköpings län. I förhållande till skoltandvården i Stockholms stad förete såväl röda korsets som medicinalstyrelsens tandvård en ofördelaktigare extraktionskoefficient, vilket närmast torde sammanhånga med de sistnämndas karaktär av nystartad försöksverksamhet, medan skoltandvården i Stockholm pågått sedan länge och är systematiskt uppbyggd. Extraktionskoefficienten för Stockholm torde i stort sett kunna betraktas som norm för en konserverande tandvård, som huvudsakligen avser de permanenta tänderna. I den mån

den konserverande vården vidgas till att konsekvent omfatta jämväl mjölk-tänderna, blir extraktionskoefficienten mindre, dock kan densamma tydligen aldrig uppnå värdet 0, när mjölkttänderna normalt fällas i skolåldern. En låg extraktionskoefficient är emellertid under alla förhållanden tecken på en framgångsrik konserverande tandvård.

I betraktande av vad sålunda framkommit har kommittén ansett sig icke kunna fälla några mera bestämda omdömen om det ena eller andra av ifrågavarande systems överlägsenhet i ekonomiskt avseende. Så mycket torde emellertid kunna sägas framgå av rapporterna och den förebragta utredningen i övrigt, att systemet med s. k. rullande kliniker ställer sig relativt dyrt och dessutom är i viss mån opraktiskt för vårt lands vidkommande. Särskilt gäller detta den s. k. Lokrantzska bussen, vars storlek och dryga transportkostnader lagt hinder i vägen för ett effektivt utnyttjande av densamma. Den svenska bussen har väl visat sig vara mera användbar ur nu anförda synpunkter men synes dock vara underlägsen det i Jämtland tillämpade ambulatoriska systemet, om de tillfälligt upplåtta lokalerna inredas för tandvårdsändamål; framför allt blir den i Jämtland tillämpade kombinationen av fasta och ambulatoriska polikliniker att föredraga, därest en rationell distriktsindelning genomföres och avstånden mellan de fasta tandläkarstationerna därigenom minskas. Vidare torde om Kalmarsystemet, såsom det tillämpats, kunna sägas, att det inneburit en fördel så tillvida som det nära anslutit sig till rådande praktikförhållanden på tandläkarområdet och ej medfört några särskilda kostnader för anordnande och utrustning av polikliniklokaler. En utvidgning av detta system till att omfatta hela landet och även den vuxna befolkningen förutsätter emellertid bl. a., att de privatpraktiserande tandläkarna äro eller inom snar framtid bliva någorlunda jämnt fördelade över landet, något som ingalunda är eller utan vidare kan antagas bliva fallet. Systemet måste därför beträffande mycket stora, glest befolkade områden kompletteras med ett annat system. Enär ersättning utgår enligt styckeprisberäkning, kräver systemet jämväl en helt annan inspektion och övervakning än övriga system, därest kostnaderna skola kunna hållas inom rimliga gränser. Särskilt ur nu anförda synpunkter anser sig kommittén icke kunna förorda ett generellt genomförande av Kalmarsystemet. Härjämte må beaktas, att vid en dylik utvidgning av systemet kostnaden för behandlingslokaler o. d. måste, i den mån den icke ersättes av det allmänna, täckas av den utgående ersättningstaxan. Kommittén nöjer sig här med dessa antydningar och hänvisar i övrigt till sitt uttalande rörande det förslag till tandvårdens ordnande, som framlagts av landshövding Falk (sid. 34).

3. *Gävlesystemet* (1930—1933). Tandvården enligt Gävlesystemet avser endast skoltandvård men omfattar tillika av behovet påkallad sanering av mjölkttänderna (huvudsakligen extraktion, som verkställes utan avgift). Verk-

samheten bedrives i fast poliklinik (f. n. en skollokal) med huvudsakligen tillfälligt anställda tandläkare. En av tandläkarna i Gävle bildad ekonomisk förening u. p. a. driver tandvårdsverksamheten som ett från skolan ekonomiskt fristående företag. Andelarna ägas av tandläkarna. Utdelning å andelarna får ej förekomma, utan eventuell vinst skall fonderas och användas till tandvårdens förbilligande. Föreningen anställer tandläkare och tandsköterskor, hyr lokal samt håller utrustning och materialier. Tandläkarna avlönas med timpenning efter särskild tariff.

Den ekonomiska föreningen svarar för samtliga med verksamheten föränade kostnader. Anläggningskostnaderna ha finansierats genom 5-åriga amorteringslån. Gävle stad anvisar ett anslag, ur vilket föreningen får tillgodoräkna sig ersättning för förberedande undersökning med 10 kr. per nybörjarklass och 5 kr. per klass, som minst en gång genomgått behandling (revisionsklass). Ur anslaget bestridas vidare dels hela tandvårdskostnaden för 10—15 % av barnen, vilka »uttagas» såsom medellösa, dels för övriga barn 2 kr. per fyllning och hela den del av tandvårdskostnaden, som kan överstiga 20 kr. De bemedlade barnens målsmän erlägga 10 kr. för rotfyllning, 4 kr. för vanlig fyllning och 2 kr. för tanduttagning, dock högst 20 kr. — Medelkostnaden per barn uppgives till omkring 10 kr. för år.

Kommittén. Enligt vad kommittén erfarit ha tandläkarna i Gävle icke avsett att för all framtid genom sin förening övertaga ansvaret för ifrågavarande tandvård utan endast velat taga initiativet till en tandvårdsorganisation, som efter utveckling på grundval av vunna erfarenheter skulle med minsta möjliga övergångssvårigheter kunna övertagas av det allmänna.

Vill man söka avgiva ett omdöme om ifrågavarande organisationsform, kan till en början vitsordas, att den ur kvalitativ synpunkt är tillfredsställande, om man bortser från att konserverande mjölk tandvård av ekonomiska skäl måst tillsvidare uteslutas. De vunna resultaten synas jämväl vara sådana, att det tagna initiativet måste anses erkännansvärt liksom ock syftet att med sakkunskapens hjälp bygga upp en organisation, som kan övertagas av det allmänna. Såsom organisationsform för hela landet torde emellertid av skäl, som nedan framgå, ifrågavarande system sakna betydelse.

Systemet erbjuder visserligen inga svårigheter för vidtagande av en lämplig uppdelning i tandvårdsdistrikt efter i stort sett samma principer, som varit vägledande för tandvårdssakkunnigas förslag. Ej heller torde det i och för sig möta något hinder att utvidga verksamheten till poliklinisk vård mot nedsett taxa även för vuxna. Avsevärda svårigheter för systemets generella genomförande synas däremot ligga i den omständigheten, att tandvården bygger på ett ackordsystem, där upprättandet och driften av tandvårdspoliklinikerna tillkomma en ekonomisk förening. Enligt kommitténs uppfattning torde det näppeligen ligga inom möjligheternas gräns att få till stånd ett för hela landet tillräckligt antal dylika ekonomiska föreningar av den karaktär, att ett ekonomiskt och fackenligt fullgörande av deras åtaganden

garanteras. I en stad som Gävle innebär det knappast någon större ekonomisk risk för en ekonomisk förening att på ackord åtaga sig skoltandvården. Även en utvidgning av vården till att omfatta tandvård åt vuxna mot nedsatt taxa torde därstädes kunna åstadkommas. För landsbygden och särskilt de glest befolkade delarna av densamma ställer sig däremot saken helt annorlunda. De ekonomiska förutsättningarna för en dylik anordning torde där oftast saknas. En möjlighet för systemets genomförande i hela landet skulle vara, att en central tandläkarorganisation bildade den för hela riket gemensamma ekonomiska föreningen, som ägde poliklinikerna och som i sin tur överlämnade driften till lokala sammanslutningar. I ett avtal angående en sådan verksamhet måste uppenbarligen tandvårdens omfattning, lokalernas utrustning och inredning samt de avgifter, som skulle tillämpas, noggrant regleras, liksom också en inspektion måste förutsättas. Distriktens indelning och förläggningsorter för tandvårdsstationerna måste likaledes prövas av central myndighet. För rätt till bidrag från det allmänna skulle vidare som villkor gälla, att polikliniken hade att mot fastställd taxa meddela tandvård även åt vuxna. En dylik medverkan av det enskilda initiativet, här representerat av tandläkarorganisationen, skulle visserligen kunna underlätta genomförandet av en tandvård för mera begränsade områden men att i längden bygga en för hela riket avsedd tandvård på ett dylikt system synes kommittén ej vara tillrädligt.

B. Föreslagna system.

1. Kungsbackasystemet. Planen för Kungsbackasystemet åsyftar — i likhet med Gävlesystemet — endast skoltandvård men omfattar behandling av båda dentitionernas tänder, sålunda även mjölkttänderna. Verksamheten är avsedd att bedrivas endast i fasta polikliniker med fast avlönad tandläkare, som helt ägnar sig åt denna verksamhet. Kommunerna förutsättas skola gruppvis bilda kommunalförbund för anordnande av skoltandvårdsdistrikt, vart och ett av den storlek, att en tandläkare med hjälp av en sköterska hinner behandla samtliga skolbarn, om arbetstiden sättes till 7 timmar om dagen under 260 effektiva arbetsdagar.

Till kostnadernas bestridande skulle fasta anslag beviljas av kommunerna. Dessa hade att helt vidkännas kostnaden vid fall av medellöshet men skulle eljest äga uttaga ersättning av föräldrarna med ett fast belopp per barn och läsår av omkring 10 kr., avsett som en tandvårdspremie oberoende av omfattningen av den tandbehandling, som i det enskilda fallet lämnades. Polikliniken skulle bekosta barnens transport till densamma och åter till hemmet. — Kostnaden per barn har beräknats till omkring 11 kr. för år men sjunker till omkring 10 kr., om transportkostnaderna frändragas. Engångskostnaden har uppskattats till c:a 5 000 kr., vilket, om hänsyn toges till inträdd prisstegring, ungefär motsvarar det belopp, som angivits såsom engångskostnad enligt tandvårdssakkunnigas förslag.

Kommittén. En verksamhet enligt förevarande system skulle uppenbarligen innebära en ur medicinsk-odontologisk synpunkt högtstående tandvård åt skolbarnen till en rimlig kostnad. Den ekonomiska uppoffringen för skoltandvården skulle emellertid icke medföra någon lättnad i kostnaderna för den vuxna befolkningens tandvård. Häri ligger systemets svaghet, då det från det allmännas synpunkt måste vara angeläget, att de på skoltandvården nedlagda kostnaderna även komma den vuxna befolkningen tillgodo genom att bereda den ekonomisk möjlighet att fullfölja den tandvård, som grundlagts under skolåldern. Systemet förutsätter sålunda, att särskilda anstalter träffas för ombesörjande av den vuxna befolkningens tandvård till rimlig kostnad. Sett mot denna bakgrund ställer sig systemet relativt dyrbart. Även ur organisatorisk synpunkt skulle systemet medföra nackdelar så tillvida som distrikten bleve för stora, i synnerhet i glesbefolkade delar av landet.

2. Landshövding Falks förslag. Återstår så landshövding Falks medledning av erfarenheterna från den i Kalmar län bedrivna skoltandvården framlagda förslag till folktandvårdens ordnande i riket. Grundprinciperna i det samma äro följande.

Skoltandvården skulle alltjämt tillmätas grundläggande betydelse, men till densamma skulle organiskt ansluta sig en folktandvård åt vuxna, som i allt väsentligt skulle utföras enligt samma grunder som för skoltandvården. Skoltandvården skulle vara av konserverande beskaffenhet och avse snarast möjliga, fullständiga sanering; elevernas tuggredskap borde vid avgången från skolan vara i fullkomligt gott och användbart skick. Av ekonomiska skäl skulle mjölkttänderna icke underkastas annan behandling än extraktion, där sådan befundes behöfelig, och av samma skäl föreslås sexårstanden ej bliva föremål för konservativ behandling förrän samtliga övriga beständiga tänder blivit genomgångna. Skoltandvården borde efter hand utsträckas till fortsättningsskolans båda klasser samt till högre folkskolor och högre avdelningar av folkskolan.

Vad organisationen beträffar förordas, att varje län skulle utgöra en särskild del av landets tandvårdsorganisation. Denna del skulle sortera direkt under medicinalstyrelsen och av styrelsen indelas i tandvårdsdistrikt. Indelningen skulle fastställas att gälla endast tillsvidare, förslagsvis 10 år i sänder, varefter ny indelning skulle kunna verkställas, om så erfordrades. Vid indelningen borde noga beaktas, att resorna för landsbygdens skolbarn till tandläkaren bleve så korta och litet besvärliga som möjligt, därvid avståndet från distriktets mest avlägsna ort till tandläkaren om möjligt ej borde överstiga tre mil. Före indelningen skulle genom medicinalstyrelsens försorg en såvitt möjligt fullständig undersökning av tandrötans geografiska utbredning verkställas.

Av tillgängliga privatpraktiserande tandläkare skulle medicinalstyrelsen medelst förordnanden tills vidare, dock för högst 10 år i sänder, för varje

distrikt anställa erforderligt antal tandläkare med skyldighet att utöva folktandvård. Minst en tandläkare borde finnas i varje distrikt, men endast en tandläkare i varje kommun, om ej särskilda förhållanden annat föranledde. För att tandläkare skulle kunna ifrågakomma till erhållande av förordnande, som här avses, skulle han styrka, att han disponerade för behandlingen erforderliga möbler, apparater, instrument, glasvaror, första uppsättning förbrukningsartiklar samt apparater och anordningar för laboratorium. Ersättning till tandläkaren skulle utgå i form av betalning för utfört arbete enligt taxa, som fastställdes av medicinalstyrelsen och avsåge såväl skoltandvård som tandvård åt vuxna. Taxan finge icke överskridas men väl underskridas. Posterna i densamma skulle bestämmas till sådana belopp, att tandläkaren erhöle skälig betalning för de i tandvården ingående arbetena och dessutom gottgörelse dels för avlönande av tandsköterska, dels för amortering och ränta å nödig utrustning, dels ock för årliga driftkostnader. Avlöning eller pension åt tandläkaren skulle ej ifrågakomma, enär denne ej kunde betraktas som tjänsteman i egentlig mening; däremot borde han, i den mån arbetet i folktandvården lämnade tillfälle därtill, äga rätt att vid sidan av nämnda vård utöva av taxa obunden privatpraktik.

Kontroll över folktandvården skulle utövas genom statens försorg. Det borde tillkomma av Kungl. Maj:t på länsstyrelsens förslag förordnad, inom länet bosatt tandläkare att mot visst mindre arvode verkställa inspektion av den statsunderstödda folktandvården i länet, och vidare borde vederbörande förste provinsialläkare ha tillsyn över folktandvårdens behöriga utövande samt kontrollera användningen av beviljade statsbidrag. Överinseende över den allmänna folktandvården i dess helhet skulle åligga medicinalstyrelsen, som bl. a. skulle ha att avgiva förslag om statsanslag och dess fördelning samt genom den person, som i styrelsen företrädde tandvårdsärendena, verkställa inspektion av den genom det allmännas försorg ordnade tandvården. Vidare borde det åligga lärarpersonalen i folkskolorna att utöva tillsyn över tandvården därstädes.

Såsom allmän bakgrund till förslaget i vad detta angår organisationen framhålles, att ett gynnsamt läge beträffande tillgång å tandläkare i vårt land inträtt genom den stora tillströmningen till tandläkarbanan under senare år och att det inom kort torde kunna förväntas, att en del tandläkare ej kunna vinna skälig bärgning enbart genom sedvanlig privatpraktik. Med en på ett effektivt sätt och utan alltför stora kostnader ordnad allmän folktandvård skulle klientelet avsevärt utökas och tandläkarnas utkomst tryggas.

I fråga om kostnaderna och deras bestridande betonas svårigheten att med någon större grad av visshet beräkna, huru stora kostnader en genom det allmännas försorg ordnad folktandvård komme att medföra. Särskilt saknades erfarenhet om kostnaderna för folktandvården åt de vuxna. I varje fall borde dock det i 1928 års betänkande beräknade statsbidraget icke behöva överskridas. Kostnaderna enligt nu ifrågavarande förslag komme att utgöras dels

— och detta huvudsakligen — av ersättningar enligt taxa, dels av administrationskostnader inklusive utgifter för skolbarns transport till och från tandläkaren. Administrationskostnaderna komme sannolikt ej att uppgå till några avsevärda belopp.

Kostnaderna föreslås skola bestridas med hälften av staten, med en fjärdedel av primärkommunerna och med den återstående fjärdedelen av enskilda (patienter eller för dem ansvariga). I fråga om obemedlade, såväl skolbarn som vuxna, borde fattigvården ingripa. Däremot borde tandvården för mindre bemedlade icke vara helt avgiftsfri, detta så mycket mindre som tandrötan vore en utpräglad ungdoms- och utvecklingssjukdom, på grund varav — efter genomförd skoltandvård — årliga kostnaden för en systematisk tandvård åt det äldre klientelet ej komme att bli något oöverstigligt belopp för den enskilde. Landstingen borde icke åläggas att bidra till täckande av kostnaderna för allmän folktandvård, enär de redan nu vore synnerligen hårt engagerade för olika slags sjukvårdsutgifter. Skattetyngda kommuner borde för sina tandvårdskostnader kunna erhålla anslag från pensionsförsäkringens överskottsmedel.

Beträffande andra skolor än folkskolorna förordas, att tandvård skulle genom det allmännas försorg införas vid folk- och småskoleseminarier för såväl seminarieeleverna som barnen i övningsskolan, varvid kostnaderna skulle bestridas av de till seminariets uppehållande anslagna medlen och tandvården organiseras efter i huvudsak samma linjer som i fråga om skoltandvården i folkskolorna. Vid statens allmänna läroverk, kommunala mellanskolor, högre flickskolor och andra enskilda skolor med statsunderstöd borde tandvård anordnas i huvudsaklig överensstämmelse med 1928 års betänkande. Tillika påpekas, att i ödebygder och trakter med gles befolkning en annan anordning måste tillskapas, lämpligast i form av en organisation med dels fasta, dels ambulerande polikliniker.

Slutligen framhålles, att även om tandvårdsfrågan omhändertoges och genomfördes av statliga och andra organisationer, borde svenska röda korset fullfölja och utvidga sitt förebyggande folkhygieniska arbete gentemot tandrötans orsaker.

Kommittén. Som förut nämnts, bygger ifrågavarande förslag närmast på de erfarenheter, som vunnits av röda korsets försöksverksamhet i Kalmar län. Liksom denna åsyftar förslaget att med utgångspunkt från den relativt goda tillgång på privatpraktiserande tandläkare, som f. n. finnes och ännu mer kan förväntas, söka i största möjliga utsträckning utnyttja dessas tandvårdsstationer för ombesörjande av allmän tandvård mot billig taxa utan att samtidigt göra tandläkarna till stats- eller kommunalavlönade befattningshavare. Förslaget förutsätter dock en mera enhetlig ledning och planmässig distriktsindelning. I förhållande till försöksverksamheten innebär förslaget — något som är värt särskilt beaktande — en utvidgning främst så tillvida, att det avser att i enahanda ordning som för skolbarnen tillgodose tandvård även

åt vuxna, varjämte för ödebygder och mera glest befolkade trakter förordas kompletterande anordningar av särskild art.

Gentemot 1928 års förslag och den av medicinalstyrelsen bedrivna försöksverksamheten skiljer sig förevarande förslag i princip framför allt beträffande sättet för tandläkarens anställande och avlönande. Medan de förra principiellt utgått från att tandläkarna skola fast anställas och åtminstone delvis åtnjuta fast lön (närmast avsedd som ersättning för skoltandvården) samt i övrigt erhålla ersättning enligt viss låg taxa, har i det senare förslaget förordats, att tandläkarna skola anställas på förordnande tillsvidare, dock högst 10 år, samt i sin helhet erhålla gottgörelse i form av ersättning enligt taxa, lika för barn och vuxna, varav det allmänna skulle bestrida $\frac{3}{4}$ och den enskilde $\frac{1}{4}$. Härmed har landshövding Falk velat undvika, att av folk-tandläkarna skulle skapas en ny tjänstemannakår med därav följande utgifter för pensionering, utrustning av polikliniker m. m.

Sett ur ren vårdsynpunkt har ett betalningssystem enligt styckeprisberäkning stundom ansetts innebära en fördel framför ett fast avlönningssystem så tillvida, att det förra skulle vara mera ägnat att tillförsäkra den enskilde en fullgod vård, medan det senare systemet lätt skulle medföra den olägenheten, att tandläkarens arbetsprestation, åtminstone kvantitativt sett, bleve väl liten. Huru härmed i verkligheten förhåller sig är givetvis vanskligt att uttala sig om. Att viss risk för »underbehandling» föreligger vid ett fast avlönningssystem torde kanske icke kunna förnekas, men denna risk är ej större än vid motsvarande fall på andra områden, där fast avlönningssystem tillämpas. Risken motverkas för övrigt beträffande skolbarnen därigenom, att en uppskjuten behandling medför ökat arbete under kommande år. Å andra sidan utgör styckeprisbetalning ingalunda någon garanti för en fullgod vård, enär tandläkarens intresse inriktas på att hinna behandla så många skador som möjligt, med påföljd att behandlingens kvalitet lätt blir lidande. I båda fallen får man visserligen förutsätta, att en ordnad inspektion skall kunna komma till rätta med de mest flagranta försummelserna. Ur inspektionssynpunkt föreligger dock en bestämd skillnad mellan de båda systemen så tillvida, att medan inspektören av insända rapporter lätt kan utläsa, huruvida en tandläkares arbetsprestation kvantitativt sett motsvarar rimliga krav, är en kvalitativt bristfällig behandling svår att upptäcka ens vid personligt besök. Vid sådant förhållande och med hänsyn till vad i övrigt anförts måste man befara, att styckeprisbetalning skulle ur vårdsynpunkt medföra ett sämre resultat än ett fast avlönningssystem.

Granskar man systemen ur ekonomisk synpunkt är det uppenbart, att en styckeprisbetalning, åtminstone i trakter med gles befolkning och liten patientfrekvens, är ägnad att framkalla en viss »överbehandling» av de enskilda fallen och därmed direkt fördyra kostnaderna för tandvården i dess helhet. Då det tillika torde vara svårt att genom inspektion konstatera »överbehandling» utan personlig undersökning å orten, medför styckeprisbetalning även

indirekt ökade kostnader för det allmänna. Erinras må ock, att man med ersättning enligt styckeprisberäkning ingalunda undgår kostnader för pensionering av tandläkare och utrustning av polikliniker m. m. I den mån dessa icke, såsom vid ett fast avlöningssystem, gäldas direkt av det allmänna, måste de uppenbarligen läggas på taxan och alltså i motsvarande grad inverka förhöjande på denna. Kommittén anser sig därför ha anledning antaga, att ett ersättningssystem efter styckeprisberäkning i sig blir dyrare för det allmänna än ett fast avlöningssystem.

Härtill kommer, att en tillämpning av lika taxa för barn och vuxna, på sätt landshövding Falk föreslagit, skulle göra det allmännas kostnader i hög grad oberäkneliga och även medföra andra olägenheter av skilda slag. De låga avgifterna för den enskilde ($\frac{1}{4}$ av taxebeloppen) skulle nämligen utan tvivel komma att i början framkalla en relativt stor tillslutning av vuxna, vilken, om den icke begränsades, i sin tur skulle medföra, att det allmännas utgifter ($\frac{3}{4}$ av taxan) bleve oproportionerligt stora. Som korrektiv mot en alltför stark stegring av dessa utgifter skulle visserligen kunna tänkas en maximering av anslagen, men en sådan komme givetvis att verka orättvist i tillämpningen och därigenom hos allmänheten misskreditera folktandvården. Med nämnda taxesystem skulle ock följa den nackdelen, att antalet distrikt eller i allt fall antalet folktandläkare finge från starten tillmätas relativt högt. Detta kan måhända synas vara av underordnad betydelse, enär enligt landshövding Falks förslag inga direkta avlöningsförmåner skulle utgå till ifrågavarande tandläkare. Genom det stora antalet folktandvårdsläkare skulle emellertid ovan antydda risk för »överbehandling» väsentligt ökas. Vidare finge man efter övergångstiden, då anslutningen av vuxna nedgått till mera normal omfattning, räkna med särskilda åtgärder för att anpassa personalen efter en minskad arbetsbörda. En sådan ordning kan knappast anses lämplig, icke minst ur synpunkten av en ändamålsenlig rekrytering av distriktstandläkarkåren, och det synes kommittén vanskligt att någorlunda tillförlitligt bedöma, huru organisationen skulle komma att se sig redan efter en tidrymd av 10 à 15 år. För övrigt anser kommittén för sin del, att det allmännas omsorger till en början böra i princip koncentreras på barnen för att efter hand i vidgad omfattning utsträckas jämväl till vuxna. Grunden för en allmän tandvård måste nämligen läggas på behandling från barnåren, om densamma skall bli ur socialhygienisk synpunkt värdefull och därmed samhällsekonomiskt sett berättigad.

Slutligen vill kommittén anföra ännu ett par synpunkter, ur vilka lämpligheten av landshövding Falks förslag kan ifrågasättas. Som nämnts skulle de föreslagna distriktstandläkarna, ehuru utan rätt till lön eller årliga arvoden, tillsättas av medicinalstyrelsen på förordnande tillsvidare och tilldelas visst distrikt samt därigenom erhålla en viss tjänstemannaställning. Uppenbarligen innebär denna anordning en fördel därutinnan, att för arbets-

uppgiften mindre lämpliga krafter kunna uteslutas, en fördel som dock jämväl låter sig förena med ett fast avlöningssystem. Emot förslaget i denna del kan emellertid från tandläkarkåren icke utan fog erinras, att det icke bereder varje inom resp. distrikt boende tandläkare, som är skickad och lämplig för ändamålet, möjlighet att få förordnande som folktandvårds-läkare. Härjämte är att märka, att om taxan för folktandvården hålles så låg, att folktandläkarna få åtnöja sig med en tämligen blygsam ersättning för sitt arbete och sina utlägg, måste man för att ernå en tillfredsställande rekrytering tillerkänna folktandläkarna rätt till enskild praktik, genom vilken de kunna bereda sig erforderlig kompensation och uppnå skälig inkomst. Detta kan i sin tur lätt medföra, att folktandläkarnas privata klientel komme att på omväg få bidraga till finansieringen av folktandvården, en följd som kommittén måste beteckna som betänklig.

Under hänvisning till vad sålunda anförts måste kommittén, med allt erkännande av det intresse, landshövding Falk ägnat folktandvårdsfrågans lösning, som sin mening uttala, att det av honom framlagda förslaget härutinnan ur såväl ekonomisk som organisatorisk synpunkt skulle medföra avsevärda olägenheter i praktiken samtidigt som det lämnar rum för erinran ur vårdteknisk synpunkt. Kommittén kan därför icke förorda, att förslaget ifråga i nu berörda hänseenden lägges till grund för folktandvårdens ordnande i riket, så mycket mindre som, på sätt landshövding Falk också föreslagit, en annan och fastare organisation i varje fall måste komma till användning i de mycket omfattande glest befolkade delarna av landet. Endast på grundval av en fast anställnings- och avlöningsform för tandläkarna synas kommittén erforderlig stadga och önskvärd enhetlighet i tandvårdsorganisationen kunna uppnås. Förutsatt att överorganisation undvikes och tillbörlig hänsyn tages till olikartade lokala förhållanden, finnes enligt kommitténs uppfattning ock grundad anledning antaga, att en dylik fastare organisation skall vid enahanda vårdomfattning draga mindre kostnader än den av landshövding Falk föreslagna samt tillika i hög grad befrämja, att folktandvården från början erhåller den standard och det förtroende hos allmänheten, som ur social synpunkt är önskvärt.

Rörande kommitténs ställning till landshövding Falks förslag i här ej berörda delar hänvisar kommittén till sina i följande kapitel framlagda förslag.

Avd. II. Kommitténs förslag.

Kap. 3. Grundprinciper för ordnandet av folktandvård.

A. Inledande synpunkter.

En tandvård i medicinsk mening måste bedömas ur såväl funktionell som sjukdomsförebyggande synpunkt.

Ur funktionell synpunkt kräves, att bettet i sin helhet är funktionsdugligt på sådant sätt att individen är i stånd att genom tuggning förbereda födan för den egentliga matsmältningen. Mjölktandsbettet har härutinnan samma betydelse i åldern 3—12 år som det beständiga från 6-årsåldern och uppåt. En obruten tandrad utgör förutsättningen för att funktionen skall vara fullgod. Såväl förekomsten av tandröta som av käk- och tandställningsanomalier, d. v. s. oregelbundenheter i käkarnas form och tändernas inbördes ställning, minskar effektiviteten hos tuggapparaten och nedsätter individens förmåga att sönderdela och förbereda födan för det egentliga matsmältningsarbetet. Sekundärt kan en bristfällig tuggning giva upphov till sjukdomar i matsmältningsapparaten och nedsätta organismens förmåga att tillgodogöra sig näringen.

Ett av tandröta angripet bett anses emellertid av åtskilliga medicinska och odontologiska fackmän innebära även en mera direkt fara för individens hälsa. Genom tandröteprocessen frilägges nämligen tandens pulpa (den s. k. tandnerven) och hemfaller så småningom till förruttelse. Härigenom öppnas en direkt inträdesport via tänder och käkar till organismen i övrigt, på vilken väg bakterier och bakteriegifter kunna finna spridning till hela organismen. Enligt en senare uppfattning är det här mindre fråga om en direkt spridning av bakterierna än om inverkan av bakteriegifter, som hos individen skapa en överkänslighet, ägnad att göra denne särskilt mottaglig för vissa sjukdomar. Betydelsen av infektionshärdar omkring tänderna (s. k. dental fokalinfektion) såsom orsak till sjukdomar i andra organ har i viss mån redan belysts i en vid 1928 års betänkande fogad bilaga, varvid främst åberopats av utländska forskare vunna rön och erfarenheter. Med hänsyn till spörsmålets betydelse för folktandvårdens ordnande skall det här ytterligare något beröras.

På inbjudan av nordisk odontologisk förening avhölls i Göteborg i juni 1933 ett vetenskapligt möte, som uteslutande sysslade med den dentala (orala) fokalinfektionens betydelse för uppkomsten av organsjukdomar. Representanter för internmedicinen i Danmark, Norge och Sverige voro företrädare bland föredragshållarna. Professor *Israel Holmgren* sammanfattar i ett föredrag, rubricerat Fokalinfektionen vid hjärtsjukdomar, sin ståndpunkt i ämnet sålunda:

»Den dentala fokalinfektionen har sin största betydelse för uppkomsten av de så ytterst vanliga subakuta, subkroniska infektartriterna, för uppkomsten av gastrit, ulcus, enterit vid oral sepsis, för uppkomsten av myocardit, av kroniska smygande septiska tillstånd och allergiska tillstånd, vars viktigaste representant är asthma bronchiale.»^{1, 2}

Professor Holmgren betonar emellertid samtidigt svårigheten att åstadkomma verkliga vetenskapliga bevis för att en sjukdom har sin orsak i en dental fokalinfektion. Han varnar ock för att överskatta fokalinfektionens betydelse i praktiken samt framhåller, att en ofantlig mängd dentala härdar aldrig giva märkbara sjukdomssymtom. Härför kräves enligt professor Holmgren, att virulensen (giftighetsgraden) hos bakterierna av någon anledning stegras eller att motståndskraften hos kroppen så småningom genom- brytes.

Docenten vid karolinska institutet *Alf Westergren*, som vid samma tillfälle höll ett föredrag om »Fokalinfektionens klinik och patogenes»,³ anser, att den fokala infektionen främst har betydelse, när det gäller att förklara tämligen lätta organiska sjukdomar, lätta hjärtaffektioner, obestämda reumatiska åkommor samt vissa mag- och tarmsjukdomar. Docenten Westergren anför som resultat av en av honom företagen systematisk undersökning, att nästan alla sjukdomsfall av nu nämnd art företett en mer eller mindre starkt framträdande påverkan av nervsystemet i form av allmän trötthet, kraftlöshet eller oro samt att han hos dem så gott som undantagslöst påträffat sjukdomsprocesser, som kunnat uppfattas som fokalinfektioner. Docenten Westergren vill icke påstå, att här föreligger ett direkt orsakssammanhang, men anser sig dock böra understryka, att förutsättningar för en kronisk infektion i munhålan alltid påträffats i dessa fall och mera sällan andra konkurrerande infektionstillstånd. Däremot förklarar sig docenten Westergren icke beredd att göra något liknande uttalande för de mera tydligt utvecklade sjukdomstillstånden av kroniskt eller akut septisk natur.

I ett föredrag av doktor *G. Edström*, Göteborg,⁴ framhöll denne som sin uppfattning, att en vanlig orsak till de reumatiska infektiösa artriterna och andra reumatiska, infektiösa sjukdomar enligt vår nuvarande kunskap vore att söka i infektioner från tänderna, samt förmenade, att en från barndomen genomförd konserverande tandvård skulle utgöra ett verksamt medel till bekämpandet av ifrågavarande reumatiska sjukdomar.

Som ett uttryck för samma uppfattning torde få betraktas den omständigheten, att vissa vid pensionsstyrelsens kuranstalter vårdade kroniskt sjuka

¹ Odontologisk tidskrift 1933, häfte 3, sid. 173.

² Infektartrit = en art av s. k. ledgångsrheumatism; gastrit = magkatarr; ulcus = magsår; enterit = tarmkatarr; sepsis = blodförgiftning; myocardit = inflammation i hjärtmuskeln; allergiskt tillstånd = överkänslighet för vissa ämnen; asthma bronchiale = dagligt tal astma.

³ Odontologisk tidskrift 1933, häfte 3, sid. 198. Föredraget avhandlar härdinfektionens symtom och uppkomstsätt.

⁴ Göteborgs tandläkaresälls kass sextonde årsbok, 1933, sid. 76.

erhålla konserverande tandvård såsom ett led i den medicinska behandlingen. Det torde ock förtjäna omnämnas, att varje vid Mayo-kliniken i Rochester, en av de mera kända medicinska institutionerna i världen, nyintagen patient får genomgå en röntgenundersökning av käkarna och samtliga tänder. Vid organsjukdom, vars orsak kan misstänkas vara infektiös, måste patienten vanligen såsom ett första led i behandlingen underkasta sig extraktion av infekterade tänder, varefter omgivande käkben noggrant avlägsnas.

Kommittén åtnöjer sig med nu anförda uttalanden och fakta. Kommittén är givetvis icke beredd att själv uttala någon uppfattning i förevarande spörsmål. Av det anförda att döma vill det emellertid synas som om man inom fackkretsar numera är benägen att tillmäta tandinfektionerna långt större vikt beträffande uppkomsten av sjukdomar eller sjukliga tillstånd än vad som tidigare varit fallet. På den medicinska och odontologiska vetenskapens nuvarande ståndpunkt lär det vara berättigat antaga, att en väl genomförd konserverande tandvård skall bli av väsentlig betydelse i sjukdomsförebyggande hänseende.

B. Folktandvårdens syfte och omfattning.

Folktandvårdens syfte. Med utgångspunkt från de här ovan framhållna synpunkterna måste syftet med en av det allmänna organiserad och understödd tandvård i princip bli att till rimligt pris bereda befolkningen, såväl barn som vuxna, möjlighet att dels främja och vidmakthålla tändernas fysiologiska uppgift som tuggorgan, dels ock bibehålla tänder och munhåla i friskt tillstånd, så att de ej bliva en infektionskälla för organismen i övrigt. Folktandvården bör alltså i huvudsak vara av konserverande beskaffenhet och i varje enskilt fall avse såvitt möjligt fullständig konserverande behandling av munhålan, inbegripet ersättning av förlorade tänder, där så för bettets funktionsduglighet erfordras (protetisk behandling). Däremot faller tandvård, som enbart eller främst tjänar ett kosmetiskt (förskönande) syfte, utanför folktandvårdens ram.

Om det ock ur medicinsk synpunkt icke bör göras någon skillnad mellan tandvård för barn och för vuxna, tala åter praktiska och ekonomiska skäl för att upptaga deras tandvård var för sig. Barnens tandvård kan nämligen i stort sett organiseras med utgångspunkt från skolan, medan de vuxnas tandvård måste byggas på annan grund. Det lär ock från samhällets synpunkt få anses fullt berättigat att i ekonomiskt avseende göra tandvården mera lättillgänglig för barnen än för de vuxna. Kommittén skall därför nedan söka finna en lämplig gräns mellan de båda nu nämnda slagen av allmän tandvård och samtidigt uppdraga erforderliga gränslinjer för deras omfattning i övrigt.

Barntandvårdens avgränsning nedåt. Barntandvårdens omfattning och rätta avgränsning är uppenbarligen av grundläggande betydelse för ordnan-

det av folktandvården i dess helhet. Det spörsmål, som här närmast möter, är frågan, vid vilken ålder en av det allmänna organiserad och understödd tandvård skall börja eller närmare bestämt, om och i vad mån den allmänna tandvården bör omfatta barn *före* skolåldern. Denna fråga sammanhänger i sin tur med den betydelse, som vården av mjölkttänderna kan anses äga.

1924 års tandvårdssakkunniga medgävo, att tandvården rent principiellt borde omfatta jämväl mjölkttänderna och att även barnen före skolåldern borde komma i åtnjutande av ordnad tandvård, men framhöllo samtidigt, att stora praktiska svårigheter mötte att i tillfredsställande omfattning ordna dylik tandvård genom allmänna åtgöranden. Med hänsyn härtill ansågo sig de sakkunniga icke böra lämna några bestämda anvisningar i fråga om mjölkttändernas behandling utan överlämnade åt vederbörande tandläkare att i avseende å skolbarnens mjölkttänder förfara efter tid och omständigheter i övrigt. Barnen före skolåldern hänvisades att vid behov söka få sin tandvård tillgodosedd i enahanda ordning och på enahanda villkor som de vuxna.

I yttrande över 1928 års betänkande uttalade tandläkarinstituts lärarråd önskvärdheten av att behandling av mjölkttänderna inginge som ett reguljärt led i barntandvården och att alla barn inom ett distrikt, antingen de fyllt sju år eller vore yngre, medgäves rätt till avgiftsfri tandbehandling å distriktspoliklinik. Därigenom skulle 6-årsmolaren kunna behandlas redan vid 6-årsåldern, varav i sin tur skulle följa stor tidsvinst och ekonomisk besparing, samtidigt som effektiviteten och värdet av den konservativa behandlingen skulle höjas. Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, tandläkaren R a m b e r g ansåg, att de sakkunniga icke till fullo uppskattat den stora betydelse, mjölkttandvården ägde för barnens allmänna hälsotillstånd, och uppställde ur denna synpunkt krav på behandling av mjölkttänderna.

Redan av det inledningsvis anförda framgår, att det så tillvida icke före- *Kommittén.* ligger någon skillnad mellan vården av mjölkttänder och permanenta tänder, som det är lika viktigt för både barn och vuxna att ha ett friskt och funktionsdugligt bett. Härutöver har emellertid mjölkttandsbettet en speciell betydelse för det permanenta bettets utveckling och bestånd, vilket kommittén skall söka här i korthet belysa.

Ett intakt mjölkttandsbett är förutsättning för ett fullgott permanent bett därutinnan, att en förtidig förlust av mjölkttänderna ofta medför oregelbunden tandställning i det permanenta bettet. Vid sådana ställningsanomalier gynnas uppkomsten av tandröta (karies) i det permanenta bettet genom att den fysiologiska renhållningen, d. v. s. renhållningen genom tuggningsakten, kindernas och tungans rörelser samt salivens omspolning av tänderna, mer eller mindre försvåras. Härvid kvarblivande matrester bidraga till uppkomsten av jäsningar, som i sin tur angripa tänderna och utsätta dem för röta. I senare levnadsåldrar kunna tandställningsanomalier jämväl medverka till upp-

komsten av och anses även vara den vanligaste lokala orsaken till den andra stora tandsjukdomsgruppen, tändernas förtidiga lossnande (paradentos). Ytterligare må beaktas, att mjölkttänderna enligt erfarenheten tidigt angripas av karies. Redan 2- till 3-åriga barn visa ett stort antal kariösa härdar. Den kariösa miljö, som sålunda förefinnes, när de permanenta tänderna framkomma från 6-årsåldern och uppåt, gynnar genom direkt smitta i hög grad uppkomsten av kariösa defekter även i det permanenta bettet. Erfarenheten av hittillsvarande skoltandvård, som i gynnsammaste fall börjat vid 7-årsåldern, visar ock, att barnens tänder redan då befinna sig i ett mycket dåligt tillstånd vad beträffar såväl mjölkttänderna som de fyra beständiga tänder, 6-årsmolarerna, vilka just framkommit vid denna ålder.

Mjölkttändernas behandling måste sålunda anses vara av stor vikt icke blott för barnets allmänna hälsotillstånd utan även för det permanenta bettets riktiga utveckling och fortsatta bestånd. Med hänsyn härtill bör vården av mjölkttänderna börja så tidigt som möjligt. Då tandrötan förekommer redan vid 2—3-årsåldern, anser kommittén önskvärt, att barnen beredas tryggad möjlighet till konserverande tandvård från denna ålder. Förutom att vården härigenom kan bli högstående ur medicinsk synpunkt, föreligger fog för det antagandet, att totalkostnaden för tandvården under skolåldern i viss grad skall kunna förminska genom en sådan åtgärd. Några direkta siffror, som belysa detta, kunna icke återfinnas i facklitteraturen. I Djursholm, där man infört tandbehandling av barn före skolåldern, uppskattas den minskning av kariesfrekvensen, som erhålles genom behandling av barn i åldern 3—6 år, till c:a 30 %. Tandrötan hos barn, som erhållit sådan tidig behandling, blir dessutom av en mera yttlig karaktär, varför hela behandlingsproblemet förenklas och ytterligare förbilligas.

Frågan är emellertid, om icke omtanken om barnens tänder bör taga sin början på ett ännu tidigare stadium, nämligen i form av profylaktiska åtgärder beträffande såväl den havande kvinnan som det späda barnet. Redan under fosterlivet har nämligen utvecklingen av mjölkttänderna hunnit så långt, att samtliga mjölkttäders förkalkning är i full gång. Mjölkttänderna äro dock i sin helhet färdigbildade först vid 2-årsåldern. Förkalkningen av de beständiga tänderna börjar även den före barnets födelse och fortgår sedan, så att samtliga tandkronor äro förkalkade vid 9-årsåldern, medan rötterna först senare bliva färdigbildade. Förkalkningen av den för bettets byggnad så betydelsefulla första permanenta oxeltanden, 6-årsmolaren, sker redan i femte fostermånaden.

Härav framgår, att en normal ämnesomsättning och särskilt då en normal kalkomsättning utgör en nödvändig förutsättning för tändernas normala utveckling och att rubbningar i kroppens kalkomsättning medföra skador av olika slag å tänderna. En rationell folktandvård bör därför enligt en allmänt utbredd uppfattning bland fackmännen taga sin början såsom profylaktisk omvårdnad först om den havande kvinnan och därefter om det

späda barnet under dess allra första levnadsår för att sedan — jämsides med den konserverande tandvården — fullföljas under barnets uppväxttid. De terapeutiska linjerna för en sådan profylax ligga ännu ej fullt klara. Denna fråga torde i stort sett kunna sägas falla inom de näringsfysiologiska resp. inresekretoriska områdena och sålunda tillhöra den interna medicinen, främst pediatriken. Uppenbarligen kunna och böra de planerade moderskaps- och barnavårdscentralerna tagas i anspråk för bedrivande av erforderlig upplysnings- och propagandaverksamhet beträffande mödrarna och de små barnen. Svenska röda korsets medverkan i detta avseende torde säkerligen även i fortsättningen kunna påräknas. Sin närmare utformning torde ifrågavarande verksamhet lämpligen kunna erhålla i samband med de profylaktiska åtgärder av mera allmän natur, som för närvarande stå på dagordningen och bl. a. avse obligatoriskt införande av läkarundersökning i skolorna.

Kommittén vill på sålunda anförda skäl förorda, att folktandvården i princip inbegriper jämväl konserverande behandling av mjölkttänderna med början senast vid 3-årsåldern och uppåt samt att såsom komplement till densamma anordnas en profylaktisk verksamhet av den innebörd, som ovan antytts.

Innan kommittén lämnar frågan om barntandvårdens avgränsning nedåt, kan det vara av intresse att konstatera, att en tidigare behandling av enbart 6-årsmolarerna är ägnad att i gynnsam riktning påverka en konservativ vård av ifrågavarande tänder. Kommittén kan härutinnan åberopa en av skoltandläkaren i Umeå B. Sædén år 1933 verkställd undersökning i ämnet, omfattande 65 barn.¹ Av dessa barn, som alla voro i behov av behandling av 6-årständerna, fingo 33 sådan behandling utförd vid sex års ålder, under det att återstående 32 endast undersöktes. Å de barn, som behandlades, visade sig behovet av extraktioner och rotfyllningar av ifrågavarande tänder ungefär ett år senare vara = 0. Å de icke behandlade barnen åter hade behovet av extraktioner och rotfyllningar vuxit från 8 till 33 eller blivit 4 gånger större. Genom den tidiga behandlingen hade sålunda vunnits en kvalitativt bättre tandvård, i det att ett större antal tänder räddats från extraktion eller rotfyllning. Härjämte hade även viss tidsvinst ernåtts.

Barntandvårdens avgränsning uppåt. Barntandvården i övrigt sammanfaller i stort sett med skoltandvården. Frågan om dennas avgränsning uppåt torde främst böra ses mot bakgrunden av gällande skolplikt och därmed sammanhängande förhållanden. Härutinnan må till en början erinras om följande.

Enligt 35 § i *gällande folkskolestadga* räknas barns skolålder från och med det kalenderår, varunder barnet fyller 7 år, till och med det, varunder

¹ Se Sveriges tandläkareförbunds tidning 1935, häfte 4.

barnet fyller 14 år. Skolplikten sammanfaller dock ej helt med denna tid. Lärjunge, som ej inhämtat föreskrivna kunskaper vid skolålderns slut, är nämligen fortfarande skolpliktig, varemot lärjunge, som före denna tid inhämtat föreskrivna kunskaper, äger bliva befriad från skolgång, dock ej före det kalenderår, varunder han fyller 13 år. Den egentliga folkskolan (bottenskolan) är f. n. vanligen 6-årig och avslutas alltså vid 13-årsåldern. Om vederbörande skoldistrikt så bestämmer, kan emellertid bottenskolan även göras 7-årig och varar sålunda då hela skolåldern ut. Det senare är enligt vad kommittén inhämtat fallet i ett icke ringa antal av landets skoldistrikt.

Efter avgång från den egentliga folkskolan är lärjunge, som ej övergått till annan skola, i regel skyldig att genomgå fortsättningsskola. Fortsättningsskola skall omfatta minst 360 och högst 540 timmar, fördelade på två eller tre år. 2-årig kurs är f. n. den vanligaste; 3-årig kurs förekommer endast mycket sällan. Omfattar den egentliga folkskolan sju obligatoriska årsklasser, kan fortsättningsskolan göras och är även vanligen 1-årig. Fortsättningsskolplikten upphör efter genomgången kurs eller alltså i regel vid 15 års ålder, dock senast vid fyllda 18 år.

Med utgångspunkt härifrån synas närmast tre åldrar kunna ifrågakomma som övre gräns för barntandvården, nämligen 13-, 14- och 15-årsåldern. 1924 års sakkunniga satte principiellt gränsen vid den egentliga folkskolans slut, d. v. s. i regel 13-årsåldern, men förordade samtidigt, att för skoltandvård anordnad poliklinik skulle stå till disposition även för fortsättningsskolans elever på enahanda villkor som för eleverna i bottenskolan. Praktiskt taget kunde alltså eleverna enligt de sakkunnigas förslag erhålla skoltandvård till och med 15-årsåldern. I *yttrandena* över 1928 års betänkande har de sakkunnigas förslag på denna punkt i allmänhet ej föranlett erinran. Från ett håll (länsstyrelsen i Blekinge län) har dock gjorts gällande, att den föreslagna principgränsen vore väl snäv.

Kommittén. Jämväl kommittén finner 13-årsåldern väl låg som övre gräns för skoltandvården. Visserligen komma med en dylik gräns under nuvarande förhållanden det stora flertalet barn i åtnjutande av ordnad tandvård under hela den obligatoriska bottenskolan. Men i de skoldistrikt, där 7-årig folkskola bestämts, skulle skoltandvården komma att avbrytas före den obligatoriska bottenskolans slut, vilket knappast kan anses riktigt. Att bestämma olika gräns för skoldistrikt med 6-årig resp. 7-årig bottenskola synes kommittén ej heller lämpligt. Härtill kommer, att utredning f. n. pågår om vidgad tillämpning av 7-årig bottenskola. Med hänsyn härtill anser kommittén 14-årsgränsen vara att föredraga framför 13-årsgränsen. Huruvida man bör gå ännu ett steg och draga gränsen vid 15-årsåldern är mera tveksamt. Med en sådan gräns skulle väl vinnas den fördelen, att det stora flertalet barn finge åtnjuta skoltandvård jämväl under hela fortsättningsskolan. Å andra sidan tala vissa skäl mot en sådan gräns. Fortsättningsskolan är

mycket olika anordnad i olika distrikt och blir därigenom svår att inpassa i ett distriktssystem efter enhetliga grunder. Ur samhällsekonomisk synpunkt är det ock önskvärt, att gränsen ej blir för vid. Att märka är för övrigt, att enligt kommitténs plan barnen ej skulle komma att vid skoltandvårdens slut helt gå miste om billig tandvård utan omedelbart äga komma i åtnjutande av tandvård mot låg taxa enligt samma grunder som de vuxna.

Under sådana förhållanden har kommittén stannat vid att för sin del förorda, att övre gränsen för barntandvården sättes vid 14-årsåldern. Härmed avser kommittén närmare bestämt, att barnen skola äga rätt att åtnjuta tandvård i skolan till och med den *klass*, som *normalt* motsvarar 14-årsåldern, d. v. s. sista klassen i 7-årig bottenskola och första årskursen i fortsättningsskolan efter 6-årig bottenskola. Även elev, som på grund av sjukdom eller bristande kunskaper blivit försenad i sin skolgång och förty är äldre än sina kamrater, skulle alltså enligt kommitténs mening äga åtnjuta tandvård i skolan till och med den klass, som nyss angivits.

Barntandvårdens avgränsning i övrigt. Kommitténs ståndpunkt till nu avhandlade spörsmål sammanhänger i viss mån med dess ställning till frågan, om och i vad mån den allmänna tandvården skall omfatta jämväl barn i andra skolor än den obligatoriska folk- och fortsättningsskolan.

I detta hänseende föreslogo 1924 års sakkunniga, att tandvård skulle tillkomma såväl eleverna i högre folkskola eller högre avdelning av folkskola som ock, med tandvårdsplikt, eleverna vid folkskole- eller småskoleseminarierna ävensom barnen i övningsskolorna därstädes. Beträffande övriga skolor gingo de sakkunnigas förslag i huvudsak ut på, att tandvård skulle anordnas för eleverna i de klasser, som motsvarade den vanliga bottenskolan, alltså t. o. m. trettonde året, varvid de obemedlade eller mindre bemedlade skulle erhålla tandvård kostnadsfritt och övriga mot polikliniktaxan för vuxna. För barn i högre klasser skulle årligen anordnas kostnadsfri undersökning av tänderna i syfte att för föräldrar och målsmän påpeka uppkomna skador och giva anvisning om erforderlig vård. För de enskilda skolorna borde anordnande av tandvård föreskrivas såsom obligatoriskt villkor för statsunderstöd till skolan. Slutligen uttalade sig de sakkunniga i princip för att tandvård borde tillkomma även barnen i abnorm- och sinnesslöskolorna samt vanföreskolorna ävensom uppfostringsanstalter, skydds- och barnhem. Anordnande av tandvård därstädes överlämnades dock helt åt vederbörande förvaltningars initiativ.

Mot de sakkunnigas förslag i nu angivna delar hava erinringar framställts av ett flertal *hörda myndigheter*. Sålunda har skolöverstyrelsen hävdadt, att åt lärjungarna i de allmänna läroverken på samma åldersstadium som folkskolans barn borde genom statens försorg beredas tandvård på enahanda villkor som åt de sistnämnda. Styrelsen har tillika påpekat, att om i enlighet med de sakkunnigas förslag de kommunala mellanskolorna beträf-

fande tandvård likställdes med de fyraklassiga realskolorna, uppkomme en icke motiverad olikhet mellan förstnämnda skolor och de högre folkskolorna; i stället borde samma bestämmelser gälla för de högre folkskolorna som för de kommunala mellanskolorna. Vid eventuellt blivande kommunala flickskolor, vilka i viss utsträckning komme att omfatta lärjungar på folkskolans åldersstadium, borde tandvård beredas dessa lämpligen på samma sätt som föreslagits för lärjungarna i den femklassiga realskolans två lägsta klasser. Att enligt överstyrelsens uppfattning tandvården icke borde göras obligatorisk vid enskilda skolor, då detta enligt de sakkunnigas förslag ej vore fallet beträffande folkskolan, samt att tandvårdsplikt icke borde stadgas för elever och barn vid folk- och småskoleseminarier har förut omnämnts.

Liknande synpunkter hava anförts av överståthållarämbetet, några länsstyrelser samt stadsfullmäktige i vissa städer.

Kommittén. I likhet med nu berörda myndigheter anser kommittén för sin del tillräckliga skäl knappast föreligga att, på sätt 1924 års sakkunniga föreslagit, låta eleverna vid högre folkskolor eller högre avdelning av folkskola erhålla skoltandvård längre än eleverna i allmänna läroverk samt kommunala mellan- eller flickskolor. Enligt kommitténs förmenande böra eleverna i samtliga dessa slag av skolor ävensom enskilda statsunderstödda skolor komma i åtnjutande av tandvård i samma utsträckning och på enahanda villkor som barnen i de vanliga folk- och fortsättningsskolorna, eller alltså t. o. m. den klass, som normalt motsvarar 14-årsåldern. Såvitt framgår av en av förre generaldirektören B. J:son Bergqvist år 1931 upprättad tablå över de svenska barndoms- och ungdomsskolorna, bifogad detta betänkande såsom bilaga 1, skulle i enlighet med kommitténs förslag skoltandvård tillkomma de tre första klasserna av 5-årig realskola, 7-årig kommunal flickskola och högre flickskola, vilka samtliga bygga på 4-årig bottenkola, ävensom den första årsklassen av högre folkskola, 4-årig realskola, kommunal mellanskola, lyceum och 6-årig kommunal flickskola, vilka alla bygga på 6-årig bottenkola. Med tillämpning av de principer för folktandvårdens handhavande och anordnande, som kommittén nedan under avsnitt C och D förordar, torde en skoltandvård av här angiven omfattning icke behöva föranleda några särskilda svårigheter i praktiken, samtidigt som de enskilda skolornas ovan berörda särställning enligt 1928 års förslag skulle helt försvinna.

I analogi med vad 1924 års sakkunniga föreslagit finner kommittén emellertid lämpligt, att såsom en övergångsform till tandvården för vuxna anordnas undersökning i viss utsträckning av barn i högre klasser i syfte att göra föräldrar och målsmän uppmärksamma på befintliga tandskador. Särkerligen kommer en dylik undersökning att verka stimulerande till fortsatt tandvård i åtskilliga fall, där vederbörande eljest skulle ha låtit det stanna vid erhållen skoltandvård. Med den avgränsning, kommittén givit skoltandvården, bör en undersökning av ifrågavarande art även komma barnen i den obligatoriska fortsättningsskolan till del. För samtliga nu berörda skol-

barn torde undersökningen böra inskränkas till läsåret närmast efter den egentliga skoltandvårdens slut. Med detta år avslutas i regel fortsättnings-skolan, och det synes kommittén ur sakliga synpunkter icke påkallat att för barnen i övriga skolor anordna en eller flera ytterligare undersökningar.

Till grund för 1928 års förslag om tandvård i folk- och småskoleseminarierna ligger huvudsakligen tanken, att skoltandvårdens effektivitet i väsentlig mån beror av lärarpersonalens intresserade medverkan samt att denna medverkan bäst framkallas genom att låta ifrågavarande personal under sin utbildningstid själv komma i åtnjutande av en god tandvård och förvärva insikt om dennas betydelse. Denna tanke tillmätte de sakkunniga sådan vikt, att de t. o. m. föreslago tandvårdsplikt för såväl seminarieeleverna som barnen i övningsskolan. Enligt kommitténs uppfattning äger ifrågavarande tankegång i viss mån alltjämt sin riktighet. Fråga är emellertid, om icke betydelsen av tandvård numera blivit så allmänt känd, att särskilda anordningar för seminarieeleverna kunna undvaras. Ehuru det är vanskligt att på denna punkt göra något generellt uttalande, synas kommittén de senare årens erfarenheter giva vid handen, att dylika särskilda anordningar framdeles icke bliva erforderliga, helst med den fastare organisation av den allmänna tandvården, som kommittén har för avsikt att föreslå. Redan nu bibringas barnen i skolan viss kunskap om munnens och tändernas vård samt betydelsen härav för kroppens välbefinnande. En väsentligt djupare kunskap härom torde seminarieundervisningen bibringa. Härtill skulle enligt kommitténs förslag komma den profylaktiska verksamhet, som huvudsakligen skulle bedrivas genom de planerade moderskaps- och barnavårdscentralerna. Det torde närmast få bli tandläkarnas sak att i samband med folktandvårdens utövande bedriva den upplysningsverksamhet i övrigt, som kan befinnas nödig. Kommittén anser sålunda tillräcklig anledning icke föreligga för en undantagsställning i tandvårdshänseende beträffande elever och barn vid folk- och småskoleseminarierna.

I fråga om abnorm- och sinnesslöskolornas samt vanföreskolornas elever kunna däremot vissa skäl anföras för en utvidgning av skoltandvården. Klienteletets art och de speciella förhållanden, under vilka ifrågavarande barn leva, göra det enligt kommitténs uppfattning naturligt, att tandvård genom det allmännas försorg beredes dem under hela skoltiden, oavsett deras ålder. Detsamma kan sägas i viss mån gälla även skyddsuppföstringsanstaltarnas elever. Som regel torde tillgodoseendet av nu nämnda barns tandvård icke kunna eller böra ske inom den ordinarie ramen för folktandvården, utan särskilda anordningar bliva erforderliga för ändamålet. Kommittén återkommer härtill i kap. 7.

Fråga om tandvårdsplikt och tandvårdsavgift för barn. Ur samhällets synpunkt är det givetvis angeläget, att i den mån tandvård anordnas av det allmänna, densamma ock i största möjliga utsträckning begagnas. Med hän-

syn härtill kan det ifrågasättas, huruvida icke tandvården bör göras obligatorisk för alla skolbarn eller densamma i allt fall bör lämnas utan avgift för målsmännen.

Som i kap. 1 nämnts ansågo sig 1924 års sakkunniga icke böra föreslå någon allmän tandvårdsplikt för skolbarnen. De sakkunniga förmenade, att man utan tandvårdsplikt borde kunna lita till att insikten om fördelarna av ordnad tandvård skulle vara verksam nog för att framkalla ett allmänt deltagande i densamma. En förutsättning härför vore dock, att det allmänna för skolbarnen icke uttog en tandvårdsavgift, som avhölle ett stort antal målsmän från att för sina barn begagna sig av skoltandvården. Om avgift skulle uttagas, vilket enligt de sakkunnigas mening lämpligen kunde överlämnas åt huvudmännen (primärkommunerna) att avgöra, finge denna under inga förhållanden sättas så hög, att dess erläggande i normala fall mötte svårigheter; den borde ej heller sättas högre än att den kunde anses fullt skälig även för den lindrigaste och minst omfattande tandbehandling, detta för att avgiften ej skulle bli för dyr för barn med mera obetydliga tandskador. Med hänsyn härtill borde avgiften enligt de sakkunnigas mening helst icke överstiga 1 kr. per barn och läsår. Vederbörande lärare borde dessutom äga rätt att i samråd med skolstyrelsen medgiva befrielse från avgiften för obemedlade och mindre bemedlade barn, för vilka avgiften kunde verka hindrande för deltagande i tandvården.

I *yttrandena* över de sakkunnigas betänkande har endast från enstaka håll uttalats önskemål om införande av tandvårdsplikt eller avgiftsfrihet för skolbarnen. Däremot ha medicinalstyrelsen och en del andra myndigheter ifrågasatt, huruvida icke målsmännens avgift skulle kunna höjas, dock med iakttagande av viss maximering beträffande det antal barn, för vilka varje målsman hade att erlægga avgift. Från ett håll har ock påyrkats, att avgiften skulle göras obligatorisk över hela landet.

Kommittén. Den erfarenhet, som sedan år 1928 vunnits av skoltandvård, i den mån sådan anordnats, kan sägas i stort sett hava bestyrkt tandvårdssakkunnigas uppfattning vad angår frågan om allmän tandvårdsplikt för skolbarn. Redan andra året efter skoltandvårdens införande i en skola har, enligt vad kommittén inhämtat, deltagandet i densamma som regel varit allmänt, och detta även om tandvårdsavgift uttagits. Vid sådant förhållande anser sig kommittén sakna anledning att nu föreslå införande av allmän tandvårdsplikt för skolbarnen.

Ej heller finner kommittén skäl föreligga att förordna allmän avgiftsfrihet för skolbarnen. Erfarenheterna av medicinalstyrelsens försöksverksamhet, vid vilken tillämpats en avgift av 2 kr. per barn och år, ävensom av annan hittills utövad skoltandvård giva snarare vid handen, att en höjning av den föreslagna avgiften å 1 kr. per barn utan olägenhet torde kunna vidtagas. För en sådan åtgärd talar ock den omständigheten, att enligt kommitténs förslag jämväl barnen i läroverk, kommunala mellan- och flickskolor samt

enskilda statsunderstödda skolor skulle erhålla tandvård inom den s. a. s. ordinarie ramen för skoltandvården. Hur långt man vid en dylik höjning bör gå kan givetvis diskuteras. Det förtjänar emellertid omnämnas, att vid den fortsättning av medicinalstyrelsens försöksverksamhet, som anordnats av de i det s. k. Grästorpsdistriktet ingående 15 kommunerna, målsmännens tandvårdsavgift fastställts till 3 kr. per barn. En sådan höjning kan möjligen synas väl stor, särskilt med hänsyn till folkskolebarnen. Kompletteras emellertid densamma med en föreskrift, att avgift ej må av samma målsman uttagas för fler än förslagsvis tre barn, och förutsättes vidare i likhet med 1928 års förslag, att avgiftsfrihet må kunna beviljas för obemedlade och mindre bemedlade barn, anser kommittén en avgift av nu nämnda storlek kunna väl förvaras. Kommittén vill därför under nu angivna förutsättningar föreslå, att målsmännens avgift fastställs till 3 kr. per barn och år. Mot denna avgift böra barnen erhålla behandling av akuta tandsjukdomar även under ferierna. Kommittén vill i detta sammanhang framhålla, att enligt dess uppfattning avgiftens utgående icke bör bero av folktandvårdens huvudmän, därest staten kommer att lämna bidrag till tandvården enligt kommitténs nedan i kap. 9 framlagda förslag till folktandvårdens finansiering. En efter ovannämnda grunder utmätt tandvårdsavgift synes därför böra utgå generellt över hela riket. Avgifterna kunna lämpligen inkasseras av vederbörande lokala skolmyndigheter och av dem på bestämda tider inlevereras till resp. huvudman för folktandvården. Åt ifrågavarande skolmyndigheter torde även böra uppdragas att i förekommande fall medgiva befrielse från stadgad tandvårdsavgift. I tveksamma fall bör härvid samråd äga rum med vederbörande fattigvårdsmyndighet.

Om ock enligt kommitténs uppfattning en allmän tandvårdsplikt icke bör införas, synes det kommittén å andra sidan icke förenligt med en rationellt ordnad skoltandvård att helt överlämna åt målsmännen att efter eget gottfinnande utnyttja densamma. En förutsättning för att skoltandvården, såsom den här ovan skisserats, skall ur samhällets synpunkt bli ekonomiskt försvarlig är nämligen, att tandvården påbörjas vid unga år och sedan systematiskt fullföljes genom årligen återkommande revisioner. Man bör därför kunna i princip fordra att, därest målsmännen vilja för sina barn åtnjuta förmånen av en skoltandvård enligt dessa grunder, densamma skall påbörjas i första klassen och sedan fullföljas genom bestämda revisioner under hela den tid, skoltandvården omfattar. Uppenbarligen måste under tiden för folktandvårdens genomförande medgivas, att samtliga barn få inskrivas för erhållande av den tandvård, som är möjlig att medhinna och av det allmänna närmare bestämmas. Sedan folktandvården införts över hela landet, bör emellertid för barn, som ej från första klassen inskrivas för tandvård, liksom ock för barn, som utan laga förfall utebli från föreskrivna revisioner, som regel stadgas skyldighet att underkasta sig engångssanering enligt en speciell taxa, innan de få komma i åtnjutande av tandvård på eljest gällande villkor.

Ifrågavarande taxa får givetvis icke fastställas till sådana belopp, att de för alltid utestänga barnen från skoltandvården. Förslagsvis torde den kunna fastställas till 75 % av den polikliniktaxa, som avses komma att gälla för vuxna. Härjämte bör undantag från regeln kunna medgivas, då ömmande omständigheter eller eljest bärande skäl föreligga. På så sätt skulle kunna införas ett system, som icke innebär tandvårdsplikt men väl gör det även ekonomiskt fördelaktigt för målsmännen att låta barnen från början deltaga i skoltandvården.

Speciella svårigheter i förevarande hänseende inställa sig uppenbarligen, därest man i likhet med kommittén avser att få till stånd ett mera allmänt deltagande i folktandvården jämväl av barn före skolåldern. Klart är, att tandvårdsplikt ännu mindre bör föreskrivas för dessa barn än för skolbarnen. Å andra sidan möta här — i motsats till vad gäller skolbarnen — av olika skäl betydande hinder för att få barnen under behandling. Såvitt kommittén kan finna, lär härvidlag icke erbjuda sig annan utväg än att på ett eller annat sätt uppmuntra målsmännen till ett effektivt utnyttjande av denna del av folktandvården. Ur denna synpunkt finner kommittén det vara synnerligen önskvärt att för barn, vilka i enlighet med de närmare bestämmelser, som kunna komma att utfärdas, anmäla sig till behandling före skolåldern och sedermera fullfölja densamma genom årliga revisioner, icke uttages högre avgift än för skolbarnen. Beträffande dessa barn föreligga i övrigt för det allmänna enahanda motiv att lämna tandvård mot särskilt låg avgift som beträffande skolbarnen. Kommittén vill därför förorda, att nu nämnda barn i fråga om tandvårdsavgift helt likställas med skolbarn. Avgifterna kunna här lämpligen inkasseras genom vederbörande poliklinik och av dess chef redovisas till huvudmannen en eller två gånger om året. Poliklinikchefen bör ock äga rätt att i förekommande fall efter samråd med vederbörande fattigvårdsmyndighet medgiva befrielse från stadgad årsavgift. För de barn i förskolåldern, som icke anmäla sig till regelbundet deltagande i folktandvården eller underlåta att inställa sig till föreskrivna revisioner, torde ersättning böra uttagas enligt samma taxa som för de vuxna.

Tandvården för vuxna. Folktandvården för vuxna bör utgöra en direkt påbyggnad på och fortsättning av skoltandvården. Som redan tidigare antytts är folktandvården avsedd att lämnas mot en särskild av myndighet fastställd låg taxa. Frågan om denna tandvårds avgränsning inskränker sig närmast till spørgsmålet, huruvida folktandvården i princip bör stå öppen för alla, oavsett förmögenhetsvillkor, eller om densamma bör begränsas till obemedlade och mindre bemedlade.

1924 års sakkunniga kommo vid prövning av denna fråga till den uppfattningen, att någon begränsning av detta slag icke borde fastställas. Till stöd härför åberopade de främst vanskligheten att rätt bedöma förmögenhetsför-

hållandena, särskilt på landsbygden, ävensom svårigheten överhuvudtaget att upprätthålla en dylik gräns utan att folktandvårdens huvudsyfte samtidigt äventyrades. Enligt de sakkunnigas mening kunde det för övrigt antagas, att större delen av de mera välsituerade i samhället komme att, oavsett om en sådan begränsning gjordes eller ej, fortfarande hålla sig till de privata tandläkarna.

I de avgivna *yttrandena* har icke framkommit någon mera väsentlig erinran mot de sakkunnigas ståndpunkt härutinnan.

Jämväl kommittén delar helt de sakkunnigas uppfattning i förevarande *Kommittén*. spörsmål och finner de av dem anförda skälen väl grundade. Kommittén vill i detta sammanhang erinra, att kommittén i sitt betänkande angående kroppssjukvården i riket i princip hävdade likställighet för alla vad angår rätt till sjukvård å allmän sal. I fråga om lasarettspoliklinikerna har kommittén visserligen föreslagit begränsning av rätten att erhålla behandling därstädes, men detta förslag har sin grund i speciella förhållanden, som icke äga sin motsvarighet beträffande tandvården. Om alltså formellt icke bör föreskrivas någon bestämd begränsning av folktandvårdens klientel, bör man dock i praktiken icke helt lämna ur sikte, att folktandvården av naturliga skäl i första hand är avsedd att tillgodose de obemedlades och mindre bemedlades behov av tandvård. Vid särskilt stark anslutning av vuxna till folktandvården torde därför åt vederbörande tandläkare, i den mån samtliga sökande icke hinna av honom behandlas och biträde av annan tandläkare icke står till buds, inrymmas möjlighet att vidtaga sådana dispositioner, att nämnda syfte kan i huvudsak fullföljas.

Frågan om taxans utformning upptager kommittén till behandling i annat sammanhang (kap. 5).

C. Vem skall organisera och handhava folktandvården?

En för folktandvårdens ordnande grundläggande fråga är jämväl spörsmålet, åt vem tandvårdens organiserande och handhavande lämpligen böra anföras. Som i kap. 1 omnämnts, föreslogo 1924 års sakkunniga, att ifrågavarande uppgift i princip skulle anföras åt primärkommunerna (skoldistriktet) under viss medverkan av staten och landstingen. Folktandvårdens ordnande skulle dock icke vara obligatoriskt utan bero på kommunernas eget bestämmande. Genom att lägga folktandvårdens organiserande på primärkommunerna ville man ernå en i möjligaste mån betryggande säkerhet för att erforderlig hänsyn toges till de lokala och ekonomiska förhållandena, samtidigt som en naturlig anknytning till gällande folkskoleorganisation skulle vinnas. Där kommunernas (skoldistriktens) storlek vore ringa, borde landstingen genom förvaltningsutskotten eller särskilda delegationer medverka till frivilligt åstadkommande av större tandvårdsdistrikt genom sammanslutning av kommuner. För ändamålet kunde ock kommu-

nalförbund bildas. Däremot avstyrktes bestämt tandvårdens ordnande såsom en statens eller landstingens direkta angelägenhet. Enligt de sakkunnigas mening skulle det för en statsinstitution möta stora svårigheter att vid organiserandet och handhavandet av folktandvården ernå den anpassning, som vore nödig. Härtill komme, att statens övertagande av det offentligas uppgift i avseende å folktandvården skulle för densamma medföra mycket stora kostnader. För landstingens del gällde i stort sett detsamma. Endast genom att taga det lokala intresset för ett ekonomiskt ordnande och handhavande av tandvården i anspråk kunde utsikt finnas att hålla kostnaderna inom rimliga gränser.

I avgivna *yttranden* över 1928 års betänkande har från flera håll gjorts gällande, att folktandvården borde ombesörjas på annat sätt än genom primärkommunerna. Sålunda uttalade svenska tandläkaresällskapet och Sveriges tandläkareförbund, att det för vinnande av största möjliga effektivitet och bästa kvalitet hos folktandvården vore högeligen önskvärt, att folktandvården omhändertoges av staten såsom en dess direkta angelägenhet. Då emellertid de i 1928 års betänkande anförda skälen mot en statsorganisation på ifrågavarande område med största sannolikhet komme att bli bestämmande vid frågans avgörande, funne nämnda organisationer det icke vara av omständigheterna påkallat att ingå på en närmare motivering av sin ståndpunkt i denna del.

För landstingens omhändertagande av folktandvården ha bl. a. medicinalstyrelsen, statskontoret och svenska landstingsförbundet uttalat sig.

Medicinalstyrelsen ansåg för sin del, att landstingens medverkan till genomförandet av folktandvården borde göras till en förutsättning för ekonomiskt stöd från statens sida. Styrelsen betonade därvid kraftigt, att landstingen på grund av sin auktoritativa ställning hade de allra bästa förutsättningar för att redan från början handhava uppgiften att leda och genomföra en ifrågasatt folktandvårdsorganisation. Härigenom skulle redan från starten kunna på en och samma gång ernås en för den vidare utvecklingen eftersträfvansvärd planmässighet och en i hög grad önskelig smidighet och anpassning efter de olika landstingsområdenas art och natur. De erfarenheter, som gjorts på epidemivårdens, barnmorskeväsendets och i viss mån distrikts-sköterskeväsendets områden, syntes styrelsen borga för att vad sålunda anförts icke vore någon konstruktion. Det närmaste ansvaret under landstinget för tandvårdens planläggning m. m. borde tillkomma en för ändamålet tillsatt tandvårdsstyrelse, vilken jämväl skulle utöva tillsyn över efterlevnaden av gällande bestämmelser beträffande tandvården. Tandvårdsstyrelsen borde i sin tur för varje distrikt utse en tandvårdsnämnd med uppgift att handhava ledningen av folktandvården inom distriktet.

Enligt statskontorets mening kunde landstingen lämpligen ordna tandvården under medverkan av kommuner och skoldistrikt, som dock borde bära största delen av kostnaderna.

Svenska landstingsförbundet uttalade som sin uppfattning, att en folktandvård med landstingen som ordnande och ledande organ måste såväl ur organisatorisk och vårdsynpunkt som ur allmän ekonomisk synpunkt erbjuda väsentliga fördelar framför det av de sakkunniga föreslagna primärkommunala systemet. Landstingens medverkan borde jämväl förbindas med ett om ock mindre ekonomiskt ansvar för tandvården; en förutsättning för landstingens ekonomiska medverkan vore dock, att de befriades från vissa ekonomiskt tyngande uppgifter, främst för abnormundervisningen, småskoleseminarierna och den allmänna pensionsförsäkringen. I samband härmed må nämnas, att landstingen själva i det övervägande antalet fall förklarat sig förhindrade att under nuvarande förhållanden ikläda sig några ekonomiska uppoffringar för genomförande av folktandvård. Beträffande den närmare ledningen av tandvården framhöll landstingsförbundet, att landstingens medverkan i folktandvården visserligen skulle nödvändiggöra tillsättandet av särskilda tandvårdsstyrelser under landstingen men att man i allmänhet borde kunna undvara lokala tandvårdsnämnder. Tandvårdsnämndernas åligganden skulle i så fall ankomma på vederbörande skolråd eller skolstyrelser.

Slutligen har pensionsstyrelsen i så måtto uttalat sig för landstingens omhändertagande av folktandvården, att styrelsen förklarat hinder för det dåvarande icke möta för landstingen att erhålla lån från pensionsförsäkringsfonden för finansieringen av föreslagna engångsåtgärder.

Med den betydelse för folkhälsan, som enligt vad tidigare i detta kapitel *Kommittén.* utvecklats en allmän tandvård måste anses äga, är det uppenbarligen av största vikt att organiserandet och handhavandet av denna tandvård anförtros åt den eller de myndigheter, som hava de största förutsättningarna för att genomföra en rationellt ordnad tandvård av den omfattning, kommittén förut angivit. Härutinnan har, såsom av det nyss anförda framgår, förslag framkommit att anförtro uppgiften ifråga åt antingen staten, landstingen eller primärkommunerna, eventuellt under viss samverkan dem emellan. De skäl, som av 1924 års sakkunniga anförts *mot* ett organiserande av folktandvården som en rent statlig angelägenhet, finner jämväl kommittén bärande. Å andra sidan synes kommittén erfarenheten från andra närliggande områden knappast giva stöd för de sakkunnigas uppfattning, att primärkommuner eller sammanslutningar av primärkommuner skulle utgöra den lämpligaste grundvalen för en allmän tandvård. Primärkommunerna hava i allmänhet för litet befolkningsunderlag och för små ekonomiska resurser för att var för sig kunna organisera och bedriva en rationell tandvård. De skulle därför i stor omfattning bli hänvisade till ett samarbete sinsemellan, eventuellt med landstingen som mellanhand och staten som ekonomiskt stödjande organ. Erfarenheterna från sjukvårdens och andra områden ha emellertid till fullo ådagalagt, att stora svårigheter möta för åstadkommande av ett primärkommunalt samarbete. Med kännedom om dessa svårigheter anser

sig kommittén ha all anledning antaga, att därest folktandvårdens organiserande lägges å primärkommunerna eller sammanslutningar av dessa, den samma skulle, även om staten lämnade ekonomiskt stöd, bliva ytterst ojämnt genomförd och i åtskilliga fall lämna mycket övrigt att önska ur synpunkten av en rationellt bedriven tandvård. Befaras kan, att särskilt de fattiga kommunerna skulle bli utan tandvård, enär de ofta icke ansåge sig ha råd att utnyttja ett eventuellt bidrag från statens sida för folktandvårdens tillgodoseende. Kommittén kan vid sådant förhållande icke ansluta sig till den ståndpunkt, 1924 års sakkunniga härutinnan intagit.

Återstår så det av medicinalstyrelsen m. fl. framförda förslaget att anförtro ifrågavarande uppgift åt landstingen. Såsom inledningsvis påpekats, utgör tandvården ett betydelsefullt komplement till sjukvården, inom vilket område landstingen på grund av sina allmänna förutsättningar sedan länge intaga en ledande ställning. Tendensen går ock i riktning mot att överflytta sjukvårds- och liknande uppgifter från primärkommunerna till landstingen och i gengäld befria landstingen från utgifter till sådana ändamål, med vilkas tillgodoseende landstingen icke taga eller böra taga någon direkt befattning. Kommittén vill härutinnan erinra om de förslag, som i samråd med skatteutjämningsberedningen framlagts eller förordats av kommittén i dess den 17 maj 1934 avgivna betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (1934: 22). Enligt dessa förslag skulle landstingen i allt väsentligt övertaga den nu av primärkommunerna bedrivna anstaltsvården för fattiga sjuka och för barnsbörd. I gengäld skulle landstingen befrias från sina nuvarande kostnader för sådan sjukvård, som kräver starkt centraliserade vårdanordningar, för dövs- och blindvård samt viss annan vård till ett beräknat årligt belopp av sammanlagt 7 200 000 kronor, vilket belopp i stället skulle gäldas med statsmedel. Härjämte skulle ökade statsbidrag utgå till den del av sjukvården, som skulle handhavas av landstingen. Vidare må nämnas, att vid innevarande års riksdag beslut fattats angående omorganisation av distriktsvården, enligt vilket landstingen — med ökade statsbidrag — skola helt omhändertaga utbyggandet av distriktsvården. Å andra sidan innebär den av årets riksdag antagna lagen om folkpensionering, att landstingen skulle efter hand befrias från sina nuvarande bidrag till pensionstilläggen, uppgående till inemot 8 miljoner kronor per år. Härtill kommer, att landstingen under senare år befriats från utgifter för utbildning av småskollärarinnor och för distriktsveterinärväsendet, medförande en ekonomisk lättnad av något över 1 miljon kronor årligen. Landstingen hava sålunda å ena sidan anförtrots eller föreslagits skola erhålla vidgade uppgifter inom hälso- och sjukvården men å andra sidan befriats eller föreslagits skola bliva befriade från utgifter till ett sammanlagt belopp av omkring 16 miljoner kronor. Sistnämnda belopp torde säkerligen avsevärt överstiga de ökade utgifter, som skulle åsamkas landstingen genom ovan berörda vidgade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Mot denna bakgrund finner kommittén naturligt, att organiserandet och

handhavandet av folktandvården uppdragas åt landstingen. Genom sin förtrogenhet med sjukvårdsfrågor samt landstingsområdenas storlek och jämnare ekonomiska bärkraft hava landstingen helt andra möjligheter än primärkommunerna att åstadkomma en rationellt ordnad tandvård. Även med landstingen som huvudmän lära länen få uppdelas på ett flertal »tandvårdsdistrikt», men dessa kunna med en sådan organisation bättre anpassas efter tandläkarnas genomsnittliga prestationsförmåga, kommunikationsförhållandena och andra omständigheter av beskaffenhet att böra inverka på distriktsindelningen. Vad nu sagts utesluter givetvis icke att landstingen vid vårdens utbyggande beakta och tillvarataga det lokala intresse för ifrågavarande vårdangelägenhets ordnande, som otvivelaktigt förefinnes. Tvärtom synes det mest ändamålsenliga vara, att viss medverkan från primärkommunernas sida påfordras, bl. a. för lokalfrågors ordnande. Jämväl staten bör lämna medverkan till tandvårdens genomförande och bedrivande, främst i form av ekonomiskt bidrag. Staten bör ock genom inspektion kontrollera, att tandvården planeras, utbygges och bedrives på ett planmässigt, ur det allmännas synpunkt tillfredsställande sätt. Dessa spörsmål upptager kommittén emellertid till närmare behandling i annat sammanhang.

Vad åter angår frågan, genom vilket eller vilka organ landstingen böra handhava de med folktandvårdens organiserande och bedrivande förenade uppgifterna, har sig kommittén bekant, att medicinalstyrelsen under innevarande år påkallat utredning om s. k. ortcentral ledning för de olika uppgifter av socialhygienisk art, som under årens lopp tillkommit. Styrelsen har därvid pekat på landstingen såsom mest ägnade att omhändertaga denna ledning, dock utan att närmare angiva, huru den lämpligen bör organiseras. Rätteligen borde frågan om folktandvårdens ledning inom ett landstingsområde behandlas i det större sammanhang, som här antytts. Då emellertid sistberörda spörsmål ännu står helt öppet, medan folktandvårdsfrågan tränger till en snar lösning, har kommittén ansett sig böra föreslå en separat lösning tills vidare av frågan om folktandvårdens närmare handhavande. Med hänsyn till svårigheten att ytterligare belasta något av de landstingsorgan, som för närvarande finnas, med det relativt betungande arbete, vilket tandvårdens handhavande torde medföra åtminstone under organisationsperioden, har kommittén stannat vid att föreslå, att t. v. för ändamålet tillsättes en särskild styrelse — tandvårdsstyrelse. Denna styrelse torde lämpligen böra bestå av förste provinsialläkaren i länet jämte fyra av landstinget utsedda ledamöter, varav en bör vara tjänstetandläkare, en skolman samt två representanter för landstingets allmänna och ekonomiska intressen. En av ledamöterna bör tillika vara kvinna. För ledamöterna böra utses ersättare till erforderligt antal. Instruktion för styrelsen bör fastställas av landstinget. Att på sätt medicinalstyrelsen i sitt yttrande över 1928 års betänkande föreslagit under tandvårdsstyrelsen tillsätta särskilda tandvårdsnämnder för de

olika distrikten synes kommittén onödigt, därest landstingen göras till huvudmän för vården. I den mån så erfordras torde tandvårdsstyrelserna kunna för ombesörjande av lokala angelägenheter i distrikten utse särskilda ombud på poliklinikorterna.

D. Erforderliga vårdanordningar m. m.

För tillgodoseende av folktandvården förordade 1924 års sakkunniga inrättande i största möjliga utsträckning av polikliniker. Enligt de sakkunnigas mening borde dock folktandvårdens genomförande icke bindas vid en viss, för det hela enhetlig form utan även andra anordningar kunna godtagas. I första hand borde fasta polikliniker anordnas, enär utrustningen där kunde göras mera fullständig. Ambulatoriska polikliniker borde komma till användning endast i de fall, då fasta polikliniker icke lämpligen kunde anordnas. De fasta poliklinikerna borde helst inrättas fristående från skolan men förläggas så nära densamma som möjligt och användas för såväl barn som vuxna, ehuru på olika tider. De ambulatoriska poliklinikerna borde i regel inrymmas i någon skola, vars barn skulle erhålla tandbehandling. Rullande polikliniker (tandvårdsbussar) ansågo sig de sakkunniga icke kunna förorda, enär dylika polikliniker svårigen kunde förses med sådana anordningar, att de i avseende å bekvämlighet, temperatur, vattentillgång m. m. bleve likvärdiga med för ändamålet inrättade rum, samt de tillika ställde sig jämförelsevis kostsamma i både anskaffning och drift.

Poliklinikfrågan har ock berörts i några av de *yttranden*, som avgivits över 1928 års betänkande. Sålunda uttalade tandläkarinstitutets lärarråd, att ambulatoriska polikliniker borde inrättas endast i undantagsfall, enär användandet av dylika i större skala skulle bliva för dyrbart och dessutom föga effektivt. Skolöverstyrelsen däremot anförde, att frågan om rullande polikliniker borde uppmärksammas i mycket högre grad och att det under alla omständigheter icke vore rimligt, att ett enligt dessa linjer anordnat förtjänstfullt tandvårdsarbete skulle undandragas statligt stöd. Länsstyrelsen i Jämtlands län framhöll, att man i detta län tills vidare bleve hänvisad till ambulatoriska polikliniker i samtliga de fall, där avtal om skoltandvård icke kunde träffas mellan kommunerna och tandläkare i orten. Länsstyrelsen i Norrbottens län slutligen förmenade, att det i de vidsträckta lappmarkskommunerna i regel torde bli nödvändigt att anordna både fast och ambulatorisk poliklinik, den senare eventuellt även försedd med laboratorieutrustning.

Av de tandvårdssystem, som *tillämpats* efter år 1928, har medicinalstyrelsens försöksverksamhet bedrivits i fasta polikliniker. Detsamma gäller den i Gävle bedrivna tandvårdsverksamheten. I Kalmar län har tandvården till största delen varit förlagd till enskilda tandläkares praktiklokaler. Enbart rullande polikliniker ha kommit till användning i Västerbottens län, där tandvårdsverksamheten varit inrymd i tandvårdsbuss (först i bogserad vagn,

därefter i vagn med egen motor); undantagsvis har verksamheten bedrivits med materielen uttagen ur vagnen. Blandade system ha förekommit i Jämtlands och Jönköpings län. I det förra länet har man använt dels ambulande polikliniker i den formen, att utrustningen, förpackad i kistor, förflyttats å järnväg eller förhyrd bil från ort till annan och installerats i skolor eller andra lämpliga lokaler, dels fasta tandvårdsstationer, förlagda till tandläkares privatmottagningar. I Jönköpings län har verksamheten dels och huvudsakligen utövats ambulatoriskt såväl enligt det i Jämtlands län tillämpade systemet som medelst bogserad tandvårdsbuss, dels ock varit förlagd till fasta stationer i tandläkares enskilda praktiklokaler.

Vid utbyggandet av folktandvården har man att i första hand taga sikte på *Kommittén*. tillgodoseendet av den vanliga enkla och grundläggande tandvården. Härvid kunna såväl fasta som ambulatoriska polikliniker komma i fråga. De förra äro givetvis ur vårdsynpunkt att föredraga framför de senare. Det ligger i sakens natur, att en kvalitativt tillfredsställande tandvård måste bli svårare att genomföra vid ambulatorisk verksamhet än vid fast sådan, främst på grund av de mer eller mindre provisoriska anordningar, som äro oundvikliga vid all ambulatorisk tandvård. Av förklarliga skäl ställer sig den ambulatoriska tandvården i längden jämväl dyrbarare än den fasta. Medelkostnaden för den av röda korset under 1932—33 bedrivna, huvudsakligen ambulatoriska verksamheten i Jämtlands och Västerbottens län uppgick sålunda till i det närmaste 15 kr. per barn och år, medan motsvarande kostnad vid fasta polikliniker på grundval av medicinalstyrelsens försöksverksamhet kan beräknas till 10 å 11 kr. I likhet med 1924 års sakkunniga anser därför kommittén, att ambulatorisk tandvårdsverksamhet bör komma till användning endast i sådana delar av landet, där med hänsyn till den ringa folkmängden eller andra omständigheter fasta kliniker icke kunna med fördel anordnas.

Beträffande den f a s t a tandvårdens utbyggande råda olika meningar därom, huruvida behandlingen av barn och vuxna bör ske å samma eller å skilda polikliniker.¹ Medan sålunda 1924 års sakkunniga förorda gemensamma polikliniker, hävda förespråkarna för det s. k. Kungsbackasystemet, att barnens tandvård blir bättre tillgodosedd, om den utföres å särskilda lokaler av för ändamålet anställda tandläkare. En anordning av det senare slaget kan sägas hava tillämpats i de större städerna, där barnens tandvård meddelats å särskilda skoltandkliniker. Ser man spørsmålet ur ren vårdsynpunkt, hava båda systemen sina fördelar. En för barn och vuxna gemensam tandvård skänker sålunda tandläkaren en allsidigare erfarenhet inom hans fack och en bättre överblick över tandbeståndet inom poliklinikens geografiska verksamhetsområde, samtidigt som den är ägnad att skärpa tandläkarens intresse för behandlingen av det enskilda fallet. Samhörigheten mellan för-

¹ Med sistnämnda fall är att jämföra, om behandlingen av barn och vuxna visserligen sker å samma poliklinik men å skilda avdelningar.

äldrar och barn talar ock för en kombination i förevarande hänseende. Särskilt torde genomförandet av tandvård för barn i förskolåldern underlättas genom en dylik kombination. Systemet med skilda polikliniker (eller avdelningar) för barn och vuxna åter erbjuder en fördel så tillvida, att de för barnen avsedda behandlingslokalerna kunna förses med en speciellt för barn lämpad utrustning samt där anställda tandläkare och övrig personal förvärva särskild erfarenhet och vana vid behandling av barn, allt omständigheter, som på sitt sätt äro ägnade att underlätta en rationell tandvård. Ifrågavarande polikliniker kunna ock i viss utsträckning förläggas till skolorna, varigenom luckor i arbetets gång kunna i möjligaste mån undvikas och personalen bättre utnyttjas. Under skolverierna kan hithörande personal, i den mån den ej själv åtnjuter semester, tagas i anspråk såsom semestervikarier för folktandvårdsläkarna eller eljest utnyttjas för tillgodoseendet av de vuxnas tandvård. Å andra sidan kan en specialisering av den allmänna tandvården, på sätt här antytts, lätt leda till en dualism, som i sin tur kan vålla avsevärda olägenheter vid vårdens utbyggande och äventyra en sund utveckling på området.

Ett val mellan de båda systemen förenklas emellertid väsentligen för vårt lands vidkommande, därest man ser spørsmålet mot bakgrunden av landets geografiska natur och befolkningstäthet. För större delen av landet, där befolkningen är jämförelsevis gles, skulle nämligen ett genomförande av särskild tandvård för barn och för vuxna medföra, att poliklinikernas geografiska verksamhetsområden måste göras avsevärt större än vid kombinerad drift och ej sällan komma att omfatta områden, motsvarande två eller flera provinsialläkardistrikt. De nackdelar i form av förlängda avstånd och ökade transportkostnader, som härav skulle bli följden, synas kommittén icke uppvägas av de med systemet förenade fördelarna. I åtskilliga fall torde dessutom svårigheter uppstå att inom dylika stora områden finna lämpliga centra för poliklinikerna. Med hänsyn härtill och då, såvitt kommittén bekant är, några olägenheter av kombinerad drift icke yppat sig vid den av medicinalstyrelsen bedrivna försöksverksamheten utan erfarenheten därav snarare kan betecknas som gynnsam, vill kommittén för sin del förorda, att den allmänna tandvården, åtminstone vad angår landsbygden och de mindre städerna, som regel ombesörjes å för barn och vuxna gemensamma polikliniker.

I större och medelstora städer åter, vilka antingen var för sig eller jämte kringliggande landsbygd kunna beräknas giva full sysselsättning åt två tandläkare och där man i stort sett kan bortse från avstånden, är det givetvis möjligt att utan nyss antydda nackdelar bereda sig de fördelar, som en särskild tandvård för barn och för vuxna kan medföra. Att för dessa fall giva någon generell anvisning om vilketdera av ifrågavarande system, som bör komma till användning, synes emellertid kommittén varken ur vårdsynpunkt påkallat eller eljest lämpligt. Med den ståndpunkt i fråga om den allmänna tandvårdens handhavande och finansiering, som kommittén in-

tager, lärer man utan olägenhet kunna överlåta åt huvudmännen att med beaktande av lokala och andra omständigheter förordna det system, som lämpar sig bäst i det särskilda fallet. Kommittén inskränker sig därför till att i samband med sitt förslag till landets indelning i tandvårdsdistrikt (kap. 4) påpeka vissa fall, där enligt kommitténs mening ett samarbete mellan stad och landsbygd lämpligen bör komma till stånd.

För vissa delar av vårt land torde det, som ovan antytts, vara ofrånkomligt att som komplement till fasta polikliniker inrätta ambulatoriska sådana. Detta gäller framför allt ödemarks- och liknande områden, där till följd av den ringa folkmängden avstånden till de fasta poliklinikerna måste bli avsevärda och svårigheter i stor utsträckning möta för klientelet, framför allt barnens, befordran till dessa polikliniker. Av de båda prövade typerna för ambulatorisk tandvårdsverksamhet ställer sig, såsom i kap. 2 närmare utvecklats, den rullande polikliniken relativt dyr och dessutom i viss mån opraktisk för de trakter, som här avses. Kommittén vill därför förordna, att den ambulatoriska verksamheten utövas i för tillfället upplåtna lokaler, till vilka tandläkaren från den fasta huvudpolikliniken medför viss del av den erforderliga utrustningen, främst handinstrument (Jämtlandssystemet). Lokalerna ifråga böra utrustas med lämplig belysningsanordning, tvättställ och en del andra fasta inventarier, såsom erforderliga bord och skåp. Därjämte böra som regel en enkel operationsstol och bormaskin anskaffas och förvaras därstädes. Finnas emellertid inom huvudpoliklinikens rayon flera orter, där behov av ambulatorisk tandvård föreligger, böra sådana anordningar träffas, att operationsstolen och bormaskinen kunna förflyttas från den ena orten till den andra. Såsom lokaler för den ambulatoriska tandvården torde närmast vederbörande skolor komma i fråga. Hinder bör dock ej möta att för ändamålet använda även andra lokaler, därest lämpliga sådana äro tillgängliga. Att anordna skilda polikliniker för barn och vuxna lär knappast kunna ifrågakomma vid ambulatorisk tandvård.

Nu avhandlade anordningar avse på grund av presumerad enkelhet i anordning, utrustning och drift närmast tillgodoseendet av den vanliga, grundläggande tandvården. I den mån den allmänna tandvården utvecklas, kommer emellertid sannolikt att efter hand framväxa ett behov av vissa mera fullständigt utrustade polikliniker, dit svårare och komplicerade fall kunna remitteras för beredande av en fullt ändamålsenlig behandling. Frågan om hur denna specialisttandvård lämpligen bör organiseras upptager kommittén till behandling i kap. 7 (avsnitt D).

Ett spørsmål, som åtminstone tidigare tillmätts grundläggande betydelse för folktandvårdens ordnande, är frågan om legitimation av tandtekniker eller tillskapande av en tandläkarkår med lägre kompetens än den nuvarande. Denna fråga sammanhänger nära med spørsmålet om de hjälpkrafter, som böra ställas till folktandläkarnas förfogande, ett spørsmål, som med

kommitténs uppläggning av folktandvårdens organisation icke lämpligen kan upptagas till behandling, innan ställning tagits till omfattningen av folktandläkarnas tjänstgöringsområden. Kommittén upptager därför berörda spörsmål till behandling senare i ett sammanhang (kap. 6). Här må dock förutskickas, att kommittén — i likhet med tidigare i ämnet hörda sakkunniga myndigheter — icke ansett sig kunna förorda sådana åtgärder, som skulle befrämja uppkomsten av ett slags tandläkarkår med lägre kompetens vid sidan av den nuvarande. De berättigade krav på en säkrare ställning och tryggare existens, som under senare tid med allt större skärpa rests från tandteknikerhåll, har kommittén i annan ordning sökt i möjligaste mån tillgodose.

Kap. 4. Landets indelning i tandvårdsdistrikt och samarbetet mellan olika tandvårdsdistrikt.

A. Allmänna principer.

Från sin utgångspunkt beträffande huvudmannaskapet för den allmänna tandvården funno 1924 års sakkunniga naturligt, att primärkommunerna i största möjliga utsträckning utgjorde lokala enheter för tandvårdsorganisationen. Ett tandvårdsdistrikt borde emellertid enligt de sakkunniga helst icke vara mindre än att en tandläkare jämte sköterska där hade full sysselsättning med skoltandvård under läsåret och därutöver med tandvård för vuxna. Då erfarenheten syntes utvisa, att en tandläkare jämte sköterska kunde under ett läsår medhinna minst omkring 1 000 skolbarn, motsvarande en folkmängd av omkring 10 000 personer, samt endast ett fåtal primärkommuner uppginge till denna storlek, måste man räkna med, att två eller flera kommuner som regel sammanslöte sig till ett tandvårdsdistrikt. För underlättande av sådana sammanslutningar borde landstingens förvaltningsutskott verka. En möjlighet vore ock, att kommunalförbund bildades för ändamålet. Större städer, med omkring 10 000 invånare eller därutöver, kunde lämpligen lämnas utanför distriktsindelningen, enär de som regel hade ordnat eller kunde förväntas ordna sin tandvård på egen hand. Mindre städer däremot borde sammanslutas med närliggande landskommuner till ett tandvårdsdistrikt. Hinder härför syntes ej behöva möta däruti, att en eller annan dylik stad redan vidtagit vissa åtgärder för anordnande av skoltandvård. I de sydligare delarna av landet, där avstånden vore mindre och befolkningen mera tätboende, kunde man lämpligen tänka sig distrikt med dubbla antalet barn och tandläkare, enär tandvården därigenom kunde ordnas både billigare och ändamålsenligare. De sakkunniga betonade emellertid till sist, att svårigheter sannolikt skulle möta att i erforderlig omfattning åstadkomma dylika primärkommunala sammanslutningar och att man därför måste lämna möjlighet öppen för de enskilda kommunerna att ordna tandvårdsfrågan på

egen hand, t. ex. genom avtal med viss tandläkare att mot årligt arvode eller mot nedsatt taxa ombesörja tandvård åt barn eller vuxna inom kommunen. Antalet distrikt uppskattades av de sakkunniga till i runt tal 400 med inemot 500 distriktstandläkare.

I *yttrandena* över 1928 års betänkande har ett flertal myndigheter betonat önskvärdheten av att även de större städerna inordnades i organisationen.

Medicinalstyrelsen framhöll sålunda, att såväl landstingens av styrelsen föreslagna ledande ställning inom tandvården (jämför kap. 3 C) som sakliga skäl ur ren vårdsynpunkt talade för, att samtliga städer, som inginge i landstingsområde, skulle hava att ordna sin tandvård i anslutning till respektive område i övrigt. Styrelsen kunde alltså icke beträffande dessa städer biträda de sakkunnigas förslag, att städer med 10 000 invånare eller därutöver skulle lämnas utanför organisationen. Statsbidraget till städer, som bildade eget distrikt, kunde dock sättas lägre än för övriga distrikt, enär kostnader för resor där förekommo endast i undantagsfall. Vid en dylik utvidgning av rätten att erhålla statsbidrag skulle visserligen en ökning i totala beloppet av statsbidrag uppstå, men tack vare större koncentration av verksamheten kunde inom ett flertal områden driftkostnaden per prestation nedbringas därstädes. De planer, landstingsdelegationerna hade att uppgöra, borde för stadfästelse underställas medicinalstyrelsens prövning, varigenom bland annat vunnos en översikt över frågans utveckling.

Liknande synpunkter uttalades av bland andra skolöverstyrelsen, åtskilliga länsstyrelser, svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet samt svenska tandläkaresällskapet och Sveriges tandläkareförbund.

Tandläkaresällskapet och tandläkareförbundet framhöll i övrigt, att ett minimiantal folkskolebarn av 1 000 vore väl högt tilltaget för en distriktstandläkare, som jämväl skulle ombesörja tandvård åt vuxna, åtminstone i distrikt av större lokal omfattning, där tandläkaren tidvis vore nödsakad att arbeta å ambulerande poliklinik och varest förty en relativt stor del av arbetstiden ginge förlorad genom resor och genom begränsade resurser i avseende å apparater och instrument.

Tandläkarinstitutets lärarråd ansåg, att antalet barn per distrikt gärna från början borde understiga 1 000 men att det sedermera kunde successivt höjas till över 1 000. Lärarrådet förutsatte härvid, att även barnen före skolåldern medräknades i förenämnda antal.

Ett rationellt ordnande av allmän tandvård kräver jämväl enligt kommitténs mening en indelning av landet i tandvårdsdistrikt, i stort sett avpassande efter en tandläkares genomsnittliga prestationsförmåga. 1928 års förslag lider emellertid av en väsentlig svaghet så tillvida, att en distriktsindelning på primärkommunal grund måste bli i hög grad beroende av kommunernas förståelse för den allmänna tandvårdens betydelse, deras ekonomiska bärkraft samt deras förmåga och vilja att samarbeta med varandra. Vid sådant förhållande kan, såsom de sakkunniga

Kommittén.

ock medgivit, någon enhetlig tandvårdsorganisation icke uppnås med de sakkunnigas förslag utan bleve man hänvisad till de anordningar av skilda slag, som jämlikt primärkommunernas beslut kunde komma till stånd i olika delar av landet.

Med kommitténs ståndpunkt i fråga om huvudmannaskapet för den allmänna tandvården kan uppenbarligen en helt annan stadga givas åt distriktsindelningen och därmed även åt tandvårdsorganisationen i dess helhet. Möjlighet erbjuder sig sålunda att inom ramen för de olika ländstingsområdena, oberoende av ovidkommande lokala intressen, utforma tandvårdsdistrikten så, att tandläkarnas prestationsförmåga fullt tillvaratages och största möjliga effektivitet i övrigt uppnås. Kommittén skall nedan angiva vissa allmänna riktlinjer, som härutinnan kunna tjäna till ledning. Det får givetvis ankomma på landstingen att, vart inom sitt område, närmare utforma distriktsindelningen i huvudsaklig överensstämmelse med dessa allmänna normer. Den slutliga prövningen av distriktsindelningen torde lämpligen böra anförtros åt Kungl. Maj:t eller eventuellt, på sätt medicinalstyrelsen i sitt yttrande föreslagit, åt nämnda styrelse.

Innan kommittén går att uppdraga allmänna riktlinjer för distriktens utformande, skall kommittén något beröra frågan om kariesfrekvensens betydelse för distriktsindelningen.

Från flera håll har gjorts gällande, att kariesfrekvensen borde utgöra en grundläggande faktor vid en indelning av landet i tandvårdsdistrikt och att förty en undersökning av denna frekvens borde föregå indelningen. Det har nämligen konstaterats, att kariesfrekvensen är mycket olika på olika orter. Sålunda uppvisar Stockholms stads skoltandvård ett antal fyllningar av 2.5 per barn och år, under det att motsvarande siffra i Göteborg är 4.5. Båda nu nämnda siffror avse kariesfrekvensen, uttryckt i genomsnittliga antalet fyllningar för skolans samtliga klasser vid en systematiskt genomförd skoltandvård.

I syfte att erhålla en utredning i förevarande hänseende har kommittén vänt sig till medlemmen för tandvård av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, tandläkaren H. G. Ramberg med anhållan om svar å följande frågor:

1) Är vår nuvarande kunskap om kariesfrekvensen tillräcklig för att bestämt giva vid handen, att tandvårdsdistriktsindelningen bör väsentligen påverkas av kariesfrekvensen?

2) Om frågan nr 1 måste besvaras med nej, kan man då förvänta, att en kariesfrekvensundersökning, planlagd på annat sätt än de hittills utförda undersökningarna på området, kan giva en bättre ledning för tandvårdsdistriktsindelningen?

3) Om frågan nr 2 besvaras med ja, a) efter vilka grundlinjer bör en undersökning i så fall göras? b) hur lång tid skulle den ungefärligen komma att taga i anspråk? och c) vilka ungefärliga kostnader skulle den betinga?

4) Kunna under 3 b) och 3 c) angivna tid och kostnader anses stå i

rimligt förhållande till det med undersökningen åsyftade resultatet, nämligen erhållande av en i möjligaste mån tillförlitlig ledning för en tandvårds-distriktsindelning?

Med anledning härav har tandläkare *Ramberg* till kommittén ingivit en skrivelse i ämnet, vilken bifogas detta betänkande som bilaga 2. Efter en redogörelse för och granskning av hittills utförda undersökningar rörande kariesfrekvensen i vårt land har tandläkare *Ramberg* i skrivelsen med närmare motivering besvarat de framställa frågorna och därvid i huvudsak kommit till följande resultat.

Vår nuvarande kunskap rörande kariesfrekvensens geografiska fördelning vore alltför ofullständig och otillfredsställande för att kunna tillmätas något inflytande vid en eventuell distriktsindelning. En ny undersökning i ämnet skulle visserligen kunna giva en ingående kunskap om den årliga kariesfrekvensen på de olika orterna inom landet, men någon säker ledning härav för avdelandet av ett tandvårdsdistrikt kunde erhållas endast under förutsättning, att kariesfrekvensen visade *k o n s t a n t a* siffror å varje ort för sig. En ny undersökning måste därför uppläggas som en serieundersökning, d. v. s. utföras i varje län å varje ort å samma material ett visst antal år i följd. Härtill skulle förslagsvis åtgå fem år såsom varande den kortaste tidsperiod, under vilken frekvensens stadga eller rörelse kunde studeras. En dylik undersökning beräknades draga en kostnad av 600 000 kronor förutom utgifter för resor, blanketter, statistisk bearbetning, publicering m. m. Den tid, undersökningen skulle taga i anspråk, och de kostnader, den skulle betinga, syntes tandläkare *Ramberg* knappast stå i rimligt förhållande till det med undersökningen åsyftade resultatet. Om undersökningen komme att lämna ett negativt resultat beträffande ledningen vid distriktsindelningen, bleve både tid och stora kostnader förbrukade utan att det åsyftade målet vunnits. Om åter resultatet bleve positivt, hade likväl tillgodoseendet av folkets, enkannerligen skolbarnens, tandvård fördröjts i fem år, samtidigt som någon annan ledning icke vunnits än den, som utan extra kostnader kunnat utvinnas genom en distriktsverksamhet under lika lång tidsperiod och en därunder försiggående anpassning efter de framträdande behoven.

Den sålunda verkställda utredningen synes kommittén giva vid handen, att vår nuvarande kännedom om kariesfrekvensen är alltför liten för att man skall kunna bedöma, huruvida kariesfrekvensen ö v e r h u v u d bör tillmätas väsentlig betydelse vid en första indelning av landet i tandvårds-distrikt. Tillika har framgått, att en för ändamålet användbar kariesundersökning skulle draga en avsevärd tid och stora kostnader. Kommittén vill härutinnan tillägga, att den av den sakkunnige angivna tiden om 5 år synes väl knapp för ett studium av kariesfrekvensens rörelse. Härtill kommer, på sätt kommittén nedan närmare framhåller, att en viss reglering av organisationen i allt fall torde bli oundviklig efter hand som folktandvården utvecklas. Vid en dylik reglering kan lämpligen skälig hänsyn tagas till en

konstaterad hög eller låg kariesfrekvens inom visst eller vissa distrikt och sålunda utan extra kostnader erforderlig anpassning vinnas till rådande kariesförhållanden. Under sådana omständigheter anser sig kommittén icke kunna förorda, att distriktsindelningen föregås av en allmän kariesundersökning. Härmed har kommittén givetvis icke velat bestrida önskvärdheten av att, där genom försöksverksamhet viss kännedom redan vunnits om kariesfrekvensen, denna i möjligaste mån beaktas vid distriktens uppläggning.

Kommittén övergår härafter till att söka uppdraga vissa allmänna riktlinjer för distriktsindelningens utformande.

I likhet med 1924 års sakkunniga anser kommittén i princip riktigt, att man vid distriktsindelningen i första hand tager sikte på barntandvårdens tillgodoseende, detta med hänsyn till dess grundläggande betydelse för genomförandet av en rationell allmän tandvård. Distrikten böra alltså jämväl enligt kommitténs mening främst avpassas efter det antal barn, en tandläkare (jämte sköterska) i genomsnitt hinner och lämpligen kan behandla per år utan att tandvården åt vuxna alltför mycket sättes i efterhand. Med den vikt, som numera måste tillmätas behandlingen av mjölkttänderna, borde principiellt även barnen före skolåldern medräknas i det antal barn, som sålunda skulle läggas till grund för distriktsindelningen. Då emellertid något tandvårdstvang icke bör ifrågakomma och möjligheterna att påverka dessa barns utnyttjande av en allmän tandvård äro avsevärt mindre än beträffande skolbarnen, möta stora svårigheter att med någon grad av säkerhet beräkna det antal småbarn, som kan komma under behandling i den allmänna tandvården. Kommittén vill därför förorda, att man vid distriktsindelningen utgår från antalet skolpliktiga barn i de åldrar, som enligt kommitténs i kap. 3 uttalade uppfattning böra komma i åtnjutande av tandvård genom det allmännas försorg, d. v. s. barn från och med 7 till och med 14 år, och samtidigt tillser, att tandvården för småbarn och vuxna erhåller ett ej alltför knappt tillmätt utrymme inom distrikten.

Vunna erfarenheter av hittills utövad försöksverksamhet på folktandvårdens område kunna sägas giva vid handen, att en distriktstandläkare, sedan skolbarnen i distriktet en gång sanerats, genomsnittligt kan vid en medelhög kariesfrekvens, motsvarande ett antal fyllningar av 3·3 per barn och år, utan annat biträde än en sköterska ombesörja tandvård åt cirka 1 000 skolpliktiga barn, därest tandläkarens tid för skoltandvården beräknas till 5 timmar varje söckendag under läsåret i folkskolan, representerande en sammanlagd arbetstid av omkring 1 000 timmar per år. För småbarnen och de vuxna skulle då, under förutsättning att tandläkarens (jämte semestervikaries) hela arbetstid fastställes till minst 7 timmar under 300 arbetsdagar per år, återstå ett något högre antal arbetstimmar eller 1 100 per år, vilket enligt kommitténs uppfattning kan anses motsvara rimliga krav beträffande ifrågavarande klientel. Godtager man dessa utgångspunkter, borde alltså ett distrikt avvägas så, att varje distrikt normalt komme att omfatta 1 000 skol-

pliktiga barn i åldern 7—14 år. Häremot har visserligen från tandläkarhåll erinrats, att ett sådant barnantal låge väl högt. Man får emellertid icke förbise, att antalet skolpliktiga barn som regel ligger ej obetydligt över antalet i verkligheten undervisade barn. Från skolöverstyrelsen inhämtade uppgifter giva sålunda vid handen, att mot 1 000 redovisade skolpliktiga barn i denna ålder i genomsnitt svara högst 900 i skolor undervisade barn. Skillnaden förklaras främst därav, att såsom skolpliktiga redovisats barn, som fyllt 7 år men i verkligheten ännu ej börjat sin skolgång. Vidare bortgå de barn, som åtnjuta undervisning i abnorm- och sinnesslöskolor med flera dylika anstalter, vilka enligt kommitténs uppfattning böra falla utom ramen för den egentliga distriktstandvården. För det stora flertalet distrikt kommer härtill den lättnad, som uppstår genom att barnen i läroverken och likartade skolor avses skola erhålla sin tandvård på den ort, där skolan är belägen. Slutligen måste beaktas den under de senare åren starkt sjunkande nativiteten. 1932 års seminariesakkunniga ha genom anlitad expert beräknat, att totala antalet skolpliktiga barn, vilket under åren 1931—1935 i medeltal per år uppgick till 839 400, under 5-årsperioden 1936—1940 komme att sjunka till 727 600 per år, vilket skulle innebära en genomsnittlig minskning av mer än 13 %. På grund av vad sålunda anförts anser kommittén, att ett tandvårdsdistrikt normalt icke bör tillmätas mindre än att däri ingå 1 000 skolpliktiga barn. Att gles bebyggelse, dåliga kommunikationer, notoriskt hög kariesfrekvens m. m. kunna berättiga till inrättande av mindre distrikt än nu nämnts är uppenbart.

Å andra sidan böra av skäl, som ovan anförts, distrikten icke i onödan göras så stora, att antalet skolpliktiga barn i distriktet överstiger 1 000. Att fastställa en övre gräns för distrikten anser kommittén emellertid mindre välbetänkt, enär, fränsett tandrötans ojämna utbredning, kommunikations- och andra lokala förhållanden oftast göra det önskvärt, att distrikten från början givas en storlek, som kan medföra ett större eller mindre överskridande av denna gräns. Kommittén förordar i stället, att i de fall, där nämnda gräns av 1 000 skolpliktiga barn av lokala skäl måste mera avsevärt överskridas, särskilda åtgärder vidtagas för att bereda distriktstandläkaren erforderligt biträde av annan tandläkare. Det synes kommittén härvid önskvärt, att en distriktstandläkare, åtminstone till en början, under inga förhållanden belastas med ett högre antal skolpliktiga barn än 1 200, enär skolstandvården eljest redan vid medelhög kariesfrekvens skulle komma att alltför mycket inkräkta på den för småbarn och vuxna avsedda tiden. I den mån man vid distriktens utformande anser sig böra överskrida denna senare gräns, bör man alltså taga under övervägande åtgärder för beredande av erforderlig hjälp åt distriktstandläkaren, vilken hjälp i så fall bör avse samtliga barn över de ordinära 1 000. Sedan någon tids erfarenhet vunnits, bör möjlighet finnas att å distriktstandläkaren överlåta ett större antal skolbarn

än från början bestämts, därest kariesfrekvensen befinnes vara låg och anslutningen av småbarn och vuxna ringa eller eljest särskilda omständigheter tala härför. Å andra sidan bör vid motsatta förhållanden en distriktstandläkare kunna påräkna hjälp även vid ett mindre antal barn än nyss nämnts, alltså då en hög kariesfrekvens påvisats eller folktandvården vunnit särskilt stor anslutning av småbarn eller vuxna. Som allmän regel bör härvid eftersträvas, att distriktstandläkarens arbetstid för skoltandvården icke må i det förra fallet överstiga 1 200 timmar och i det senare fallet understiga 1 000 timmar per år.

Behovet av biträdande tandläkare bör prövas av medicinalstyrelsen, som samtidigt bör bestämma sättet för hjälpbehovets tillgodoseende. Finnes angränsande distrikt, där på grund av ringa barnantal eller andra särskilda omständigheter distriktstandläkaren icke kan beräknas bliva fullt sysselsatt med skoltandvård under 1 000 timmar om året, synes denne tandläkare böra i första hand tagas i anspråk för hjälpbehovets fyllande. Det torde härvid vara lämpligt att anförtro ifrågavarande tandläkare tandvården vid viss eller vissa skolor och medgiva den däremot svarande vuxna befolkningen rätt att för sig själv och småbarnen anlita samma tandläkare. I andra hand torde för ändamålet få anställas särskild assistenttandläkare, vilken då lämpligen kan tjänstgöra på enahanda sätt i två eller flera distrikt efter viss uppjord plan. Assistenttandläkare bör vara skyldig att under läsåret helt arbeta med skoltandvård, motsvarande en sammanlagd arbetstid av 1 450 timmar per år. Under övrig del av kalenderåret med undantag för egen semester-månad bör han vara skyldig att under semester för distriktstandläkare på förordnande uppehålla distriktstandläkarbefattningar. Utgår man ifrån att en distriktstandläkare under en arbetstid av omkring 1 000 timmar per år kan ombesörja tandvård åt c:a 1 000 barn eller alltså i genomsnitt 1 barn per 1 arbetstimme och räknar man vidare med att för en assistenttandläkare exempelvis två arbetsdagar per månad åtgå till resor och i en del fall till iordningställande av polikliniklokalen, torde man approximativt kunna uppskatta assistenttandläkarens arbetskapacitet till lägst 1 300 skolpliktiga barn per år. Såsom en ytterligare utväg att tillgodose ett förefintligt behov av biträde inom ett distrikt må påpekas möjligheten att för visst samhälle med omnejd träffa avtal med där bosatt privatpraktiserande tandläkare att såsom assistenttandläkare för viss tid ombesörja barntandvård inom denna del av distriktet. Denna utväg synes dock böra komma till användning mera undantagsvis.

Vad ovan anförts avser närmast förhållanden å landsbygden, inklusive de mindre städerna. För större städer däremot liksom ock för andra mera tätt befolkade bygder med goda kommunikationer kan det ofta befinnas ändamålsenligt att låta ett distrikt omfatta dubbla eller flerdubbla antalet barn och anställa ett däremot svarande antal distriktstandläkare, av vilka en i så fall bör anförtros chefskapet för distriktet. Utan tvivel kunna häri-

genom vissa organisatoriska och ekonomiska fördelar vinnas, bland annat genom vidgade möjligheter att tillvarataga anställda hjälpkrafter samt använda gemensamma mottagnings-, laboratorie- och väntlokaler. Även ur ren vårdsynpunkt kan ett dylikt stort distrikt medföra fördelar, på sätt kommittén i kap. 3 D närmare utvecklat. Kommittén vill i detta sammanhang framhålla, att vid närmare prövning av hithörande spörsmål starka skäl befunnits tala för att jämväl landstingsstäder med 10 000 invånare och därutöver böra ingå i resp. landstingsorganisation för tandvårdens ombesörjande. Enär dessa städer hava ett tillräckligt befolkningsunderlag för att fullt sysselsätta minst en tandläkare och oftast jämväl redan i större eller mindre utsträckning anordnat tandvård för stadens folkskolebarn, böra de väl som regel bilda ett eget tandvårdsdistrikt. Ett inordnande av dem i landstingens tandvårdsorganisation är emellertid ägnat att i hög grad underlätta ett fruktbärande samarbete i tandvårdshänseende mellan städerna och kringliggande landsbygdsdistrikt. Genom ett sådant samarbete kunna i stort sett vinnas enahanda förmåner, som bildande av ett stort distrikt enligt vad ovan antytts medför. Härjämte innebär ifrågavarande städers anslutning till landstingsorganisationen en väsentlig förenkling beträffande ordnandet av tandvården för barn i läroverk och därmed jämställda skolor, i det att eljest erforderliga ersättningsregleringar för det icke obetydliga antal dylika barn, som äro skrivna utom staden men dock tillhöra landstingsområdet, icke behöva förekomma. Det nu sagda gäller uppenbarligen i viss mån även städer utanför landsting, men med hänsyn till deras självständiga ställning i sjukvårds- och andra hänseenden har kommittén icke ansett lämpligt att föreslå dessa städers inordnande i resp. landstings tandvårdsorganisation. Kommittén förutsätter dock, att på frivillighetens väg samarbete kommer att i önskvärd omfattning anordnas mellan ifrågavarande städer och resp. landsting för åstadkommande av en rationell tandvårdsorganisation.

Med beaktande av vad sålunda anförts torde vid tandvårdsdistriktens utformning gällande provinsialläkardistriktsindelning böra i största möjliga utsträckning följas. Förutom att denna indelning enligt vad erfarenheten givit vid handen i regel är väl avvägd ur kommunikationssynpunkt, skulle ett dylikt förfarande i och för sig vara av fördel, enär därigenom dels provinsialläkaren och tandläkaren skulle beredas tillfälle att å en och samma ort samråda i de fall, där så kunde befinnas önskvärt i sjukvårdens eller patientens intresse, dels en kommunal indelning utöver de många redan förekommande skulle i möjligaste mån undvikas. Kommittén förutsätter härvid, att distriktstandläkaren endast där särskilda omständigheter så påkalla gives en annan stationsort än provinsialläkaren. Uppenbarligen måste dock för tandvårdens behöriga tillgodoseende i åtskilliga fall avvikelser från provinsialläkardistriktet komma att ske. Även härvid bör emellertid av nyss antydda skäl anslutning till denna indelning sökas antingen så, att ett provinsialläkardistrikt uppdelas i flera tandvårdsdistrikt, eller ock så, att ett pro-

vinsiallākardistrikt sammanslås med annat provinsiallākardistrikt i dess helhet eller lämplig del därav till ett tandvårdsdistrikt. I övrigt må beaktas, att avståndet från tandvårdsdistriktets perifera delar till stationsorten helst icke bör överstiga 3 mil, enär det särskilt beträffande skolbarnens resor är av vikt, att avståndet till stationsorten blir så kort som möjligt. I ödemarks- och liknande distrikt med stor geografisk omfattning, gles bebyggelse eller mindre goda kommunikationsmöjligheter måste man, såsom i kap. 3 D berörts, givetvis förutsätta, att distriktstandläkare eller assistenttandläkare tidvis verkar å mer än en ort i distriktet.

Det är uppenbarligen icke möjligt att med den begränsade erfarenhet på området, som står till buds, på en gång uppgöra en slutlig distriktsindelning för resp. län. Förutom kariesfrekvensen komma efter hand ett flertal mer svårberäkneliga faktorer, främst omfattningen av tandvården för småbarn och vuxna, sannolikt att i större eller mindre utsträckning påkalla en jämkning av organisationen. I den mån det härvid visar sig, att distrikten utmätts för små, får man tillgripa sammanslagning eller uppdelning av ett distrikt på två eller flera andra angränsande distrikt. Med den minimistorlek för ett distrikt, vilken kommittén föreslagit såsom allmän regel, torde dylika åtgärder dock komma att tillhöra undantagen. Visar det sig åter, att arbetsbördan i ett distrikt är för stor för där anställd tandläkare, torde detta ofta utan större svårigheter kunna avhjälpas genom att anlita assisterande tandläkare i någon av förut angivna former eller ock i sista hand genom att uppdelat distriktet. En omreglering av distriktens gränser medför emellertid alltid åtskilliga besvär och kostnader, varför från början största möjliga noggrannhet och omsorg böra iakttagas vid distriktens utformning, så att onödiga omregleringar undvikas.

B. Förslag till distriktsindelning.

I syfte att erhålla en uppfattning om de verkningar med avseende å antalet distrikt, distriktstandläkare och assistenttandläkare, som en tillämpning i praktiken av ovan angivna normer för en distriktsindelning skulle medföra, anmodade kommittén genom cirkulärskrivelse den 18 juli 1934 samtliga förste provinsialläkare att, var för sitt län, i samråd med vederbörande lokala tandläkarorganisation och folkskolinspektion uppgöra förslag till distriktsindelning under huvudsakligt beaktande av berörda allmänna synpunkter, varvid dock samhällen med 10 000 invånare och därutöver skulle tills vidare lämnas utanför indelningen. Till närmare ledning hade bifogats inom kommittén upprättade preliminära förslag till distriktsindelning för Kristianstads, Gävleborgs och Norrbottens län, valda såsom typer för skilda befolknings- och geografiska förhållanden inom landet. Från samtliga län hava ock distriktsindelningsförslag inkommit. Beträffande Kalmar län må anmärkas, att förste provinsialläkaren såsom för-

slag förordat samma distriktsindelning, som legat till grund för den i länet av röda korset bedrivna försöksverksamheten på folktandvårdens område, ehuru denna på väsentliga punkter avviker från de av kommittén uppdragna riktlinjerna. Vid svarsskrivelsen hade emellertid fogats ett av Kalmar läns tandläkarsällskap upprättat indelningsförslag, vari kommitténs synpunkter vunnit större beaktande. Vid den redovisning av indelningsförslagen, som nedan lämnas, har kommittén därför räknat med det av nämnda tandläkarsällskap uppgjorda förslaget. I övrigt har kommittén, där uppenbart missförstånd eller felskrivning förelegat, vidtagit jämkningar i de inkomna förslagen. Med beaktande härav kunna dessa förslag sägas i stort sett hava givit det resultat, nedanstående tablå utvisar.

Tablå.

Landstingsområde	Antal distrikt	Antal distrikts-tandl.	Summa skolplik-tiga barn för distrikts-tandl.	Medeltal barn per distrikts-tandl.	Bitråde av annan tandl.	
					I antal distrikt	För antal barn
Stockholms län	22	29	26 404	910	6	2 084
Uppsala »	8	13	13 285	1 022	2	1 959
Södermanlands »	12	14	13 564	969	2	1 294
Östergötlands »	17	24	23 418	976	1	537
Jönköpings »	15	20	19 263	963	2	1 830
Kronobergs »	12	12	12 387	1 032	10	6 605
Kalmar ¹ »	18	18	22 155	1 231	—	—
Gotlands »	4	4	3 958	990	3	1 126
Blekinge »	9	13	13 333	1 026	1	386
Kristianstads »	22	30	32 318	1 077	4	1 909
Malmöhus »	21	25	26 547	1 062	7	3 682
Hallands »	12	15	14 830	989	1	513
Göteborgs och Bohus »	19	25	25 257	1 010	3	1 530
Älvsborgs »	26	33	33 893	1 027	3	1 485
Skaraborgs »	19	23	25 016	1 088	3	1 935
Värmlands »	24	26	24 840	955	5	2 200
Örebro »	12	14	16 738	1 196	1	905
Västmanlands »	9	15	15 870	1 058	1	428
Kopparbergs »	21	25	24 521	981	3	1 095
Gävleborgs »	21	30	32 578	1 086	4	2 419
Västernorrlands »	22	25	29 800	1 192	—	—
Jämtlands »	10	15	13 959	931	3	1 190
Västerbottens »	18	23	22 319	970	11	4 327
Norrbottens »	17	26	28 319	1 089	5	3 088
Samtliga	390	497	514 572	1 035	81	42 527

¹ Avser länets båda landstingsområden.

Enligt detta förslag skulle alltså sammanlagda antalet distrikt uppgå till 390 och motsvarande antal distriktstandläkare till 497. Dessa skulle tillhopa ombesörja tandvård för 514 572 skolpliktiga barn eller i medeltal 1 035 barn per tandläkare. Biträde av annan tandläkare skulle erfordras för 42 527 barn, fördelade på 81 distrikt. Erinras må emellertid, att städer och stads-

liknande samhällen med 10 000 invånare eller därutöver som regel undantagits. Till komplettering av tablån må i övrigt nämnas följande.

I 94 distrikt, med sammanlagt omkring 81 000 skolpliktiga barn, skulle antalet barn understiga eller uppgå till högst 1 000 per distrikt. I övriga distrikt skulle alltså 1 000-barnsgränsen överskridas. Antalet skolpliktiga barn per distriktstandläkare utan biträde av annan tandläkare skulle, bortsett från två specialfall (Särna—Idre distrikt i Kopparbergs län och Grundunda distrikt i Västerbottens län), utgöra lägst omkring 650 och högst 1 800 samt motsvarande tal per distriktstandläkare med biträde av annan tandläkare lägst omkring 1 000 och högst omkring 2 500. Som regel hava för de fall, där distriktet underskrider 1 000-barnsgränsen, anförts bärande skäl av geografisk eller administrativ art. Maximisiffrorna synas däremot tåla vissa jämkningar. Av de föreslagna tandvårdsdistrikten sammanfalla något fler än hälften helt med ett eller flera ordinarie eller extra provinsialläkar-distrikt eller ock utgör tandvårdsdistriktet tillhopa med annat eller andra dylika ett provinsialläkar-distrikt. Härvid har för det fall, att provinsialläkar-distrikt jämte stad, köping eller municipalsamhälle, som ej ingår i provinsialläkar-distriktet, föreslagits bilda ett tandvårdsdistrikt, detta senare betecknats som helt sammanfallande med provinsialläkar-distriktet. För omkring en fjärdedel av tandvårdsdistrikten föreslås tandläkarstationen bli en annan än stationen för ordinarie eller extra provinsialläkare eller skulle provinsialläkarstation ej komma att finnas inom tandvårdsdistriktets område. Längsta avståndet till tandläkarstationen överstiger 3 mil, utgör 3—2 mil eller understiger 2 mil i ungefär lika antal fall.

Kommittén. Det resultat, vartill de olika länsförslagen sålunda lett, synes kommittén i stort sett ägnat att läggas till grund för ett bedömande av de verkningar, som en distriktsindelning enligt kommitténs allmänna riktlinjer i praktiken skulle innebära. För erhållande av en i möjligaste mån fullständig bild av dessa verkningar erfordras emellertid dels att vissa jämkningar i resultatet vidtagas beträffande Kalmar, Örebro och Västernorrlands län, där medeltalet barn per distriktstandläkare beräknats alltför högt, dels ock att sålunda kunna slutsiffror för samtliga landstingsområden kompletteras med det antal tandläkare, som åtgår för ombesörjande av tandvården i större städer och i stadsliknande samhällen, vilka deltaga i landsting men ej medräknats i förslagen.

Med tillämpning av kommitténs allmänna principer skulle beträffande nyssnämnda tre län biträde av annan tandläkare erfordras för ytterligare 11 410 skolpliktiga barn, fördelade på 27 distrikt. I samtliga landstingsområden skulle alltså, bortsett från samhällen med 10 000 invånare och därutöver, tandläkarhjälp krävas för $(42\,527 + 11\,410)$ 53 937 eller i runt tal 54 000 skolpliktiga barn. Av dessa torde en del kunna omhändertagas av distriktstandläkarna i de 94 distrikt, där enligt indelningsförslagen antalet skolpliktiga barn understiger eller uppgår till högst 1 000. Sammanlagda

antalet dylika barn i dessa distrikt utgör, som ovan nämnts, omkring 81 000. Utgår man ifrån att var och en av ifrågavarande 94 distriktstandläkare skall ombesörja tandvård för minst 1 000 skolpliktiga barn eller tillhoppa 94 000, skulle de alltså kunna beräknas omhändertaga minst (94 000 — 81 000) 13 000 barn från angränsande distrikt. Särskilda assistenttandläkare skulle sålunda icke erfordras för fler än högst (54 000 — 13 000) 41 000 skolpliktiga barn. Med en arbetskapacitet av lägst 1 300 dylika barn per assistenttandläkare skulle härför krävas ungefär 30 assistenttandläkare. Efter här verkställda jämkningar skulle resultatet av föreliggande länsförslag bli: 390 distrikt, 497 distriktstandläkare och 30 assistenttandläkare. Som synes stämmer detta resultat tämligen väl överens med det av 1928 års sakkunniga approximativt uppskattade antalet distrikt och tandläkare.

Komma så härtill de större städer och stadsliknande samhällen, vilka deltaga i landsting men undantagits i länsförslagen. Enligt inhämtade uppgifter för Kristianstads, Gävleborgs och Norrbottens län uppgick år 1933 antalet skolpliktiga barn i dessa samhällen till i medeltal 12·3 % av folkmängden i länen. Med hänsyn till att åtskilliga barn åtnjuta undervisning vid läroverk och andra skolor i dessa samhällen utan att där vara mantalsskrivna torde denna siffra böra något höjas, förslagsvis till 13 %, för att bättre motsvara den verkliga relationen mellan skolbarn och folkmängd. Folkmängden i samtliga större landstingssamhällen, som tidigare undantagits (inkl. några få samhällen, som i förslagen icke medräknats ehuru folkmängden understigit 10 000) utgjorde vid utgången av samma år 680 000. Beräknas drygt 13 % därav eller omkring 89 000 ha utgjort skolpliktiga barn, skulle, därest normen 1 distriktstandläkare per 1 000 barn och 1 assistenttandläkare per cirka 1 300 barn bibehålles samt behovet av assistens antages vara lika som för andra distrikt (motsvarande ungefär 10 % av barnantalet), för ifrågavarande samhällen krävas ytterligare 80 distriktstandläkare och 7 assistenttandläkare, medan antalet distrikt skulle ökas med 35.

Slutresultatet för samtliga landstingsområden skulle alltså bli: 425 distrikt, 577 distriktstandläkare och 37 assistenttandläkare.

Av vad ovan anförts framgår, att även om de inkomna länsförslagen giva en god ledning för bedömandet av de praktiska verkningar, en distriktsindelning enligt kommitténs riktlinjer skulle medföra, de likväl icke äro ägnade att utan vidare läggas till grund för en dylik indelning. En viss bearbetning är sålunda påkallad redan med hänsyn till större städers och stadsliknande samhällens inordnande i länsorganisationerna. Samtidigt härmed torde emellertid, enligt vad en närmare granskning av förslagen givit vid handen, en allmän översyn av dessa förslag vara önskvärd i syfte att här och var ernå en fullständigare och smidigare anpassning till ovan angivna allmänna principer, särskilt vad angår hjälpbehovets omfattning och tillgodoseende. En dylik anpassning torde icke behöva medföra någon mera väsentlig rubbning av det slutresultat, vartill kommitténs ovan gjorda

beräkningar lett. En inom kommittén verkställd överarbetning av föreliggande indelningsförslag för Kristianstads, Gävleborgs och Norrbottens län, där medeltalet barn per distriktstandläkare beräknats väl högt, har visserligen, frånsett större städer och samhällen, medfört en ökning av antalet distrikt med 6 och antalet distriktstandläkare med 2, samtidigt som behovet av assistenttandläkare ökats med icke fullt 2. För övriga län torde man emellertid icke behöva räkna med någon nämnvärd stegring i förevarande hänseende; snarare torde i några fall en sänkning kunna förväntas. Med ledning av nyssnämnda förslag, vilka jämte kartor fogas vid betänkandet såsom bilagor 3—5, samt vad i övrigt anförts torde vederbörande landstingsmyndigheter ha god möjlighet att verkställa en sådan överarbetning av resp. länsförslag, att dessa kunna utan väsentliga jämkningar fastställas.

C. Distriktstandvårdens genomförande.

På grund av den stora betydelse för folkhälsans höjande, som kan tillmätas en systematisk, från barnåren genomförd tandvård, och med hänsyn jämväl till den långa tid, tandvårdsfrågan stått på dagordningen, är det önskvärt, att den föreslagna distriktstandvården genomföres på en relativt kort tid. Tack vare den kraftiga stegring av antalet utexaminerade tandläkare, som genom statsmakternas försorg kommit till stånd, har landet även tillgång till ett antal tandläkare, i och för sig tillräckligt för ett snabbt genomförande av folktandvård. Sålunda utgjorde antalet i landet praktiserande tandläkare vid utgången av år 1934 icke mindre än 1 840, av vilka 700 voro verksamma i de sex städerna utanför landsting samt återstående 1 140 i de övriga delarna av riket. Kommittén har för landstingsområdena räknat med ett sammanlagt antal tjänstetandläkare, inklusive assistenttandläkare, av omkring 615. Härtill kommer, att man åtminstone under de närmaste tre åren kan förvänta ett icke obetydligt överskott av nyutbildade tandläkare, sannolikt uppgående till omkring 150 per år. Det totala behovet av tjänstetandläkare synes således kunna utan svårighet fyllas.

Organisatoriska och ekonomiska skäl göra det emellertid önskvärt, att distriktstandvårdens genomförande i riket anordnas successivt under en ej alltför knappt utmätt tid, förslagsvis 5 år. Härvid synas kommittén starka skäl tala för att i första hand de län komma i fråga, som utmärka sig för ett ringa antal tandläkare per invånare och ett lågt antal invånare per ytenhet. Möjlighet bör under organisationsperioden finnas att, där så inom ett län kan anses lämpligt, till en början inrätta två eller flera distrikt för vinnande av rikare erfarenhet, innan distriktsindelingen fastställs för länet i dess helhet.

I syfte att erhålla en närmare utgångspunkt för bedömandet av den ordningsföljd, i vilken landstingsområdena böra ifrågakomma vid tandvårdens genomförande, har kommittén verkställt utredning angående de befintliga

tandläkarnas fördelning på stad och landsbygd inom de olika länen vid ingången av år 1934 (bilaga 6). Denna utvisar, att inom de olika landstingsområdena antalet tandläkare per 10 000 invånare varierade från 2·6 inom Uppsala län ned till 0·9 inom Norrbottens län. De närmast lägsta talen förete Gävleborgs läns landstingsområde med 1·1, Västerbottens län med 1·2, Kalmar läns norra landstingsområde med 1·3, Göteborgs och Bohus läns landstingsområde med 1·4, Västernorrlands län med 1·5, Gotlands län med 1·6, Jämtlands och Kronobergs län med vardera 1·7 samt Skaraborgs län med 1·9. Antalet invånare per km² land varierade vid samma tid för de tre nordligaste landstingsområdena mellan 2·1—3·8 samt för övriga områden mellan 9 (Kopparberg) och 69 (Malmöhus).

Än vid nyssnämnda bilaga fogad karta gives såsom komplement till dessa siffror en överblick över de praktiserande tandläkarnas boningsorter. Av denna karta framgår, hurusom vid ingången av år 1934 inom Norrbottens läns lappmark tandläkare funnos endast i Arvidsjaur, Gällivare, Malmberget och Kiruna samt inom Västerbottens läns lappmark endast i Lycksele, Dorotea och Vilhelmina. I Jämtlands län saknade de nordligaste, de nordvästra och de sydvästra delarna samt Härjedalen tandläkare. Samma var förhållandet i den nordvästligaste delen av Kopparbergs län. Gotland hade, om Visby frånräknas, endast en tandläkare. I Blekinge och Halland voro tandläkarna koncentrerade till kuststäderna. I här berörda förhållanden torde någon väsentlig ändring icke hava skett sedan 1934 års ingång.

Under hänvisning till vad sålunda framkommit förordar kommittén, att distriktstandvård redan under första organisationsåret genomföres i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län i deras helhet. Då dessa län förete säregna geografiska förhållanden, torde för vinnande av vidgad erfarenhet ytterligare några län böra samtidigt erhålla distriktstandvård för hela länet. Härtill vill kommittén föreslå exempelvis Kristianstads, Skaraborgs och Gävleborgs län. Dessutom böra distrikt till ett mindre antal upprättas för områden med glesare befolkning i Västernorrlands, Kopparbergs, Värmlands, Göteborgs och Bohus, Kronobergs och Gotlands län. Sedermera bör distriktstandvården i enlighet med ovan angivna huvudprinciper efter hand utvidgas så, att den i sin helhet är utbyggd inom 5 år. Till viss ledning torde härvid förenämnda bilaga kunna tjäna.

Vad herefter angår tandvårdens genomförande inom ett distrikt, må till en början ånyo erinras om den systematiska barntandvårdens grundläggande betydelse vid uppbyggandet av en social tandvård, som syftar till folkhälsans befrämjande. Genom att för skoltandvård mot låg avgift uppställa såsom villkor, att barnen skola inskrivas för behandling redan under första skolåret, har kommittén velat i möjligaste mån skapa en garanti för att barntandvården skall bli allmän, vilket måste anses vara grunden för dess systematiska genomförande. Huvudvikten måste i enlighet härmed från början läggas å barntandvården, under det att de vuxnas tandvård får komma i

andra hand. Först i och med att de generationer, som utgå ur skolan med fullt sanerad munhåla, komma ut i livet, uppstår ur sträng socialhygienisk synpunkt behov av en kontinuerlig tandvård jämväl för vuxna, samtidigt som betingelserna för att i full utsträckning tillgodose dessas tandvård i väsentlig grad ökas. Sedd i förhållande till antalet vuxna inom varje distrikt blir ock distriktstandläkarens tid för dessas behandling under organisationsperioden i regel så begränsad, att endast en mindre del av dem kan komma i åtnjutande av erforderlig vård hos denne. Organisatoriska och ekonomiska hänsyn tvinga till denna i och för sig mindre önskvärda begränsning, i det att eljest, såsom förut framhållits, starkt ökade krav under de första åren skulle föranleda anställande av tandläkare och personal i en omfattning, som sedermera icke kunde vidmakthållas.

Med hänsyn till ovan anförda faktorer och då distriktstandvården av naturliga skäl i första hand avser att tillgodose de obemedlades och mindre bemedlades behov av tandvård, kan det synas önskvärt att åtminstone under en övergångstid inskränka rättigheten för de vuxna att begagna sig av distriktstandvården till nämnda kategorier. Vanskligheterna att i detta fall draga en gräns mellan mindre bemedlade och fullt bemedlade äro emellertid stora. Den väntetid, som inom flertalet distrikt kan beräknas bli en följd av ett stort tilllopp av hjälpsökande, och även andra omständigheter torde för övrigt leda till att de, som hava råd och tid att söka privatpraktiserande tandläkare, anlita dessa och att det sålunda i praktiken blir det obemedlade och mindre bemedlade klientelet, som kommer under behandling å distrikts-poliklinikerna. Kommittén anser sig under sådana förhållanden icke böra föreslå någon bestämd begränsning av klientelet ens under övergångsåren men förordar, såsom tidigare berörts, att distriktstandläkarens instruktion gives en avfattning, som beträffande de vuxna befrämjar ett tillgodoseende i första hand av de obemedlades och mindre bemedlades tandvård.

Av skäl, som kommittén i annat sammanhang utvecklat, bör man eftersträva att låta barntandvården taga sin början senast vid 3-årsåldern och sedermera systematiskt fullföljas genom revisioner årligen. Då emellertid småbarnen icke äro samlade och tillgängliga på samma sätt som barnen i skolåldern, måste huvudvikten beträffande barnens tandvård läggas vid skoltandvården. Med utgångspunkt härifrån bör i huvudsaklig överensstämmelse med av medicinalstyrelsen utfärdade närmare bestämmelser en behandlingsplan för skoltandvården uppläggas, som går ut på att samtliga i tandvården ingående skolklasser skola saneras på kortast möjliga tid. Denna tid synes kommittén kunna beräknas till två eller högst tre år. Vid planens uppgörande bör särskilt iakttagas, att första klassens lärjungar erhålla en fullständig vård av båda dentitionernas tänder. Samtidigt med skoltandvården böra emellertid åtgärder vidtagas för att inom distrikten genom propaganda framhålla betydelsen av en i småbarnsåldern påbörjad systematisk tandvård, varvid distriktssköterskorna samt de planerade centralerna och statio-

nerna för barnavård böra i största möjliga utsträckning anlitas. I den mån till följd härav eller eljest barn i förskolåldern infinna sig å poliklinikerna och anmäla sig till regelbunden tandvård, böra de med företräde framför vuxna erhålla behandling inom ramen för den tid, som tillmätts för tandvård åt ifrågavarande klientel. Att dessa barn härvid böra åtnjuta tandvård enligt samma grunder som skolbarnen har redan tidigare framhållits (kap. 3).

Införandet av folktandvård inom ett distrikt bör alltså ske i följande ordning:

I första hand anordnas skoltandvård med början från första klassen och därefter under kortast möjliga övergångstid, högst tre år, sanering av samtliga klasser till och med den klass, som normalt motsvarar 14 års ålder.

Jämsides härmed ehuru i andra hand vidtagas åtgärder för att åstadkomma en systematisk behandling jämväl av barnen i förskolåldern. I den mån dessa barn anmäla sig till regelbunden tandvård, lämnas behandling mot vanlig skoltandvårdsavgift och med företräde framför vuxna.

I sista hand meddelas, i den mån tiden så medgiver, tandvård åt vuxna med iakttagande av att åldersgrupper, som lämnat skolorna med sanerad munhåla, givas företräde samt under beaktande av de bestämmelser i övrigt, som medicinalstyrelsen kan instruktionsledes utfärda.

Kap. 5. Grunder för distriktstandläkares anställande, avlönande och pensionering.

Som redan tidigare nämnts förordade 1924 års sakkunniga, att distrikts-tandläkarna som regel borde erhålla fast anställning. En sådan anordning skulle enligt de sakkunnigas mening giva önskvärd fasthet åt organisationen. Tandläkaren skulle vid en dylik anställning känna ett helt annat ansvar för folktandvårdens utövande och utveckling än om han vore mera löst engagerad, t. ex. genom ackordsavtal. Sannolikt skulle tandvården ock bli billigare för det allmänna vid fast anställning, enär tandläkaren då kunde nöja sig med en i förhållande till arbetets omfattning lägre ersättning.

Tillsättningen borde handhavas av distriktets styrelse och ske efter ansökning, särskilt om befattningen skulle förenas med pensionsrätt. Anställningen kunde lämpligen ske på viss tid (exempelvis 3 år) eller tills vidare med ömsesidig uppsägningsrätt. Som kompetensvillkor borde ej föreskrivas annat än vanlig legitimation. Dock förutsatte de sakkunniga, att fast anställning icke komme att ske med mindre vederbörande tidigare utövat en längre eller kortare tids väl vitsordad praktik. Den totala arbetstiden vid fast anställning beräknades till 7 timmar dagligen under 280 dagar per år, därav för skoltandvården 5 timmar under 200 dagar.

Ersättning till de fast anställda tandläkarna föreslogs utgå i form av dels lön, dyrtidstillägg och ålderstillägg, närmast avsett såsom ersättning för skoltandvårdsarbetet, dels ock andel av folktandvårdsavgifterna för vuxna,

i regel hälften därav, sedan materialkostnader och dylikt täckts. Återstående hälften av sistnämnda avgifter skulle uppbäras av huvudmannen såsom gottgörelse för dennes omkostnader för folktandvården åt vuxna, främst kostnaderna för lokal, utrustning och sköterska. Vid full tjänstgöring i skoltandvård borde beräknas en grundlön å 5 100 kronor samt tre ålderstillägg å vardera 300 kronor efter 3, 6 och 9 års tjänstgöring. Folktandvården för vuxna beräknades giva en nettobehållning av 3 000 kronor per år, varav alltså hälften eller 1 500 kronor skulle tillfalla tandläkaren.

Distriktstandläkare skulle vidare medgivas rätt att vinna inträde i statens pensionsanstalt med ett pensionsunderlag av 4 000 kronor för man och något lägre för kvinna. Pensionsåldern borde för manliga tandläkare utgöra 62 levnads- och 27 tjänstår samt för kvinnliga 60 levnads- och 25 tjänstår.

I den mån assistenttandläkare erfordrades, borde dessa anställas mot en fast avlöning av 4 000 kronor jämte dyrtidstillägg ävensom vid full tjänstgöring andel i folktandvårdsavgifterna; däremot borde ej utgå ålderstillägg eller pension, enär här vore fråga om övergångstjänster; dock skulle vederbörande vid befordran till distriktstandläkare ha rätt för placering i löneklass tillgodoräkna sig högst 3 år av sin assistenttjänstgöring.

Bland de myndigheter och sammanslutningar, som yttrat sig över 1928 års betänkande, ha särskilt svenska tandläkaresällskapet och Sveriges tandläkareförbund som sin uppfattning framhållit, att de föreslagna anställnings- och lönevillkoren för distriktstandläkarna icke skulle komma att tillförsäkra dessa det minimum av förmåner, som vore erforderligt för en tillfredsställande rekrytering (risk av uppsägning; avsaknad av rätt till tjänstårsberäkning, transport och ersättning under sjukdom; rätt till pension endast efter försäkringsteknisk beräkning vid mindre än 10 års anställning; vid tjänstetid av mer än 10 år men mindre än 27 år för man och 25 år för kvinna avkortad pension). Staten borde tillförsäkras större inflytande över tjänstetillsättningarna. Distriktstandläkarnas föreslagna ersättning för deras arbete i folktandvården för vuxna bleve synnerligen ringa; en bättre anordning vore att tandläkaren, jämte det honom ålades att ombesörja skoltandvården utan annan ersättning än de fastställda löneförmåner, förpliktades att under den återstående arbetstiden arbeta med tandvård för vuxna mot taxeenlig ersättning, som i dess helhet tillfölle honom, men med skyldighet för honom att, i den mån han i sistnämnda arbete begagnade skoltandklinikens lokal och utrustning, härför gottgöra distriktet med skäligt belopp av folktandvårdsavgifterna.

Tandläkarinstitutets lärarråd förordade, att medicinalstyrelsen skulle handhava tillsättningen av tjänstetandläkare och tillika giva formerna för merit- och tjänstårsberäkning, transporträtt och klagorätt samt upprätta förslag vid befattningarnas tillsättande. Vidare borde lönen med ökad ålder stegras inom ramen för den av de sakkunniga föreslagna lönesumman, alltså lägre begynnelselön med motsvarande ökning av ålders-

tillägg. Arbetsdagarnas antal per år borde sänkas från föreslagna 280 till ungefär 265. För att icke utövandet av enskild praktik i regel skulle omöjliggöras för tjänstetandläkare, borde dylik tandläkare medgivas rätt att med distriktsstyrelsen träffa avtal om disponerande av folktandpolikliniken för enskild praktik under det timantal, han utöver 7 timmars tjänstgöring kunde disponera för sådan praktik.

Medicinalstyrelsen avstyrkte förslaget i vad det avsåg, att distriktstandläkaren skulle till distriktet erlægga hälften av de å distriktstandvården belöpande intäkterna, när detta i praktiken skulle vålla obehag och misshälligheter. Styrelsen framhöll tillika, att därest ersättning för användning av instrument och förbrukningsartiklar skulle förekomma — något som borde överlåtas åt vederbörande nämnd eller styrelse att bestämma — borde i stället en till beloppet fixerad avgift fastställas, till en början årligen innan tillräcklig erfarenhet vunnits. Styrelsen biträdde de sakkunnigas åsikt, att generellt förbud för folktandläkare att utöva enskild, av taxa obunden praktik icke borde föreskrivas.

Statskontoret och svenska landstingsförbundet hade intet att erinra mot de föreslagna avlöningsförmånerna i och för sig men ställde sig tveksamma angående lämpligheten av den ifrågasatta fasta anställningen; i stället förordades kontrakt med ersättning efter utfört arbete. Liknande synpunkter hävdades av några landsting och stadsfullmäktige i vissa städer.

Statens pensionsanstalt slutligen förordade lika pensionsålder och pensionsunderlag för såväl manlig som kvinnlig tandläkare, varvid pensionsåldern föreslogs höjd till 65 levnads- och 33 tjänstår. Tillika föreslogs, att med tjänstepensionsrätt skulle obligatoriskt vara förenad rätt till familjepension.

Kommittén har redan tidigare (kap. 2) med anledning av landshövding *Kommittén*. Falks förslag till folktandvårdens ordnande i viss mån berört frågan om lämpligaste anställnings- och avlöningsformerna för distriktstandläkarna. Av vad där anförts framgår, att grundad anledning finnes till antagande, att ett fast anställnings- och avlöningssystem, under förutsättning att överorganisation icke skapas, i och för sig blir mindre kostsamt än ett system med betalning efter utfört arbete samt jämväl är ägnat att medföra avsevärda fördelar av organisatorisk art. Kommittén anser sig därför böra i likhet med 1924 års sakkunniga utgå från att distriktstandläkarna i princip skola fast anställas och åtminstone delvis fast avlönas.

Frågan är då, vem som skall anställa och avlöna distriktstandläkarna. Med kommitténs ställning till huvudmannaskapet för folktandvården kan det synas ligga närmast till hands, att landstingen påtaga sig dessa uppgifter, låt vara med bidrag av staten. Härigenom skulle landstingen få hand om samtliga personalfrågor och ansvaret för dem. Staten skulle likväl kunna för sin ekonomiska medverkan föreskriva vissa minimikrav beträffande tandläkarnas och övrig personals anställande och avlönande och på så sätt

reglera hithörande förhållanden i stort. Ur skatteutjämnings synpunkt är det emellertid önskvärt, att kostnader, som ändå skola utgå av allmänna medel och som utan åsidosättande av rimliga sparsamhetskrav kunna överflyttas på staten, också bestridas av statsmedel. Till detta slag av kostnader höra utgifterna för distriktstandläkarnas avlönande. Härav torde i sin tur böra följä, att staten skall tillsätta distriktstandläkarna och bestämma deras avlönning. Genom en sådan anordning skulle ock vinnas fördelar så tillvida, att distriktstandläkarnas anställnings- och avlöningsförhållanden kunde göras mera jämna och rättvisa inbördes, samtidigt som erforderliga transportmöjligheter från avlägset liggande eller eljest mera svårbesatta distrikt kunde i vidare mån tillgodoses. Staten finge jämväl ett fastare grepp om organisationen och kunde lättare påverka densammas genomförande inom skälig tid och i önskvärd riktning. Under sådana förhållanden vill kommittén för sin del förorda, att distriktstandläkarna anställas och avlönas av staten.

Även inom ramen för fast anställning hos staten finnas emellertid som bekant olika anställningsformer, alltefter den grad av fasthet, som anses önskvärd. Givet är, att ju fastare anställningsformen för en tjänst göres, desto större äro utsikterna att för tjänsten förvärva dugande krafter, förutsatt att den med tjänsten förenade lönen kan anses skälig. Detta gäller med särskild styrka, därest, såsom fallet för närvarande är med tandläkarna, vederbörande kunna — låt vara med större personliga risker — genom privat utövande av yrket förskaffa sig relativt höga inkomster. På grund härav synes det kommittén kunna starkt ifrågasättas, huruvida ett tillsättande medelst förordnande på viss tid eller tills vidare med ömsesidig uppsägningsrätt är ägnat att i längden trygga en nöjaktig rekrytering av distriktstandläkartjänsterna. Kommittén vill härutinnan särskilt åberopa vad från tandläkarhåll anförts i yttrandena över 1928 års förslag. Endast om distriktstandläkartjänsterna i princip göras till *ordinarie* befattningar, torde enligt kommitténs uppfattning full trygghet vinnas för en tillfredsställande rekrytering.

Med vad nu sagts avser kommittén dock närmast förhållandena, sedan tandvårdsorganisationen hunnit stadga sig. Med hänsyn till de många ovissa faktorer, som måste vidlåda genomförandet av en organisation av förevarande slag, anser kommittén däremot ur det allmännas synpunkt knappast lämpligt att redan från början giva distriktstandläkartjänsterna karaktären av *ordinarie* befattningar. Distriktstandläkarna kunna heller icke rimligen förutsätta att vinna anställning som *ordinarie* befattningshavare utan att deras lämplighet därför under någon tid prövats. För övrigt kunna fall inträffa, då distriktstandläkaren efter någon tids tjänstgöring av en eller annan anledning själv icke önskar kvarstå. Kommittén förordar därför, att distriktstandläkartjänsterna under vissa övergångsår givas en ställning, som motsvarar nuvarande *extra-ordinarie* befattningar. Detta innebär

bl. a., att tandläkarna skulle anställas på förordnande tills vidare med ömsesidig uppsägningsrätt samt äga rätt till lön, tjänstårsberäkning, sjukledighet med viss bibehållen lön, semester och pension. Sedan vederbörande innehaft sina befattningar i exempelvis 3 eller högst 6 år, böra de, om de äro lämpliga för tjänsten och distriktet befinnes väl avvägt, på förslag av medicinalstyrelsen efter hörande av vederbörande tandvårdsstyrelse överföras på ordinarie stat och därvid för placering i löneklass få tillgodoräkna sig hela sin tjänstgöring som extra-ordinarie. Önskvärt är jämväl, att tandläkare, som tidigare bestritt befattning som kommunal skoltandläkare eller utövat väl vitsordad enskild praktik, medges rätt att för placering i löneklass såsom extra-ordinarie tjänsteman tillgodoräkna sig viss del av förenämnda tjänstgöring resp. praktik, t. ex. den del, som överstiger 3 år (i analogi med vad som gäller för extra provinsialläkare). Härigenom skulle vinnas, att man redan från starten kunde påräkna en del mera erfarna krafter för folktandvården.

Såväl tillsättningen som placeringen i löneklass av extra-ordinarie befattningar böra i överensstämmelse med allmänna regler handhavas av medicinalstyrelsen, som efter anmälan av landstingens tandvårdsstyrelser har att kungöra tjänst till ansökan ledig. Före tjänstens tillsättande torde vederbörande tandvårdsstyrelse beredas tillfälle att yttra sig. Ordinarie befattningshavare böra tillsättas av Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen, sedan vederbörande tandvårdsstyrelse beretts tillfälle yttra sig. Samtidigt bör tandläkarens placering i löneklass å ordinarie stat fastställas. Ordinarie befattningshavare bör vara pliktig underkasta sig den utvidgning eller omreglering av tjänstgöringsområde, som kan varda föreskriven.

Vad härefter angår frågan om lönens storlek, är densamma givetvis i första hand beroende på, om man med lönen vill kompensera distrikts-tandläkarens hela arbete i folktandvården tjänst eller om man, i likhet med 1928 års förslag, närmast avser att kompensera viss bestämd del därav (skoltandvården) och i övrigt låta ersättning utgå efter viss låg taxa, i den mån arbete utföres. Skäl kunna anföras till stöd för båda nu nämnda avlöningsmetoder. Med kommitténs ställning till mjölk-tandvården vore det önskvärt, om förutom skolbarnen jämväl barnen i förskolåldern kunde inrymmas i den arbetskvantitet, för vilken fast lön skulle beräknas. Avgörande betydelse för här berörda spörsmål torde emellertid enligt kommitténs mening böra tillmätas den omständigheten, att endast skoltandvården kan till sin omfattning närmare bedömas, medan tillströmningen av barn i förskolåldern liksom av vuxna icke låter sig på förhand med någon säkerhet uppskattas. Kommittén ansluter sig därför i princip till 1928 års förslag i denna del. I enlighet härmed skulle lönen alltså främst utgöra gottgörelse för det arbete, skoltandvården kräver, men ock i viss mån för skyldigheten att under återstående arbetstid stå till förfogande för tandvård åt barn i förskolåldern och vuxna mot en relativt låg ersättning. Beträffande denna ersättning före-

slår kommittén, på sätt nedan närmare framgår, en omreglering i förhållande till 1928 års förslag, vilken beräknas komma att vid full sysselsättning medföra en genomsnittlig nettoinkomst för tandläkaren av 2 900 kr. per år.

Från dessa utgångspunkter har kommittén, med vederbörligt tillstånd, låtit genom fil. dr Axel Mebius verkställa en statistisk utredning i syfte att förhållande till andra statstjänstemän vinna en i möjligaste mån lämplig avvägning av distriktstandläkarnas fasta lön. Som jämförelseobjekt har härvid främst valts distriktsveterinärerna. Skälen härtill äro flera. Medan flertalet statstjänstemän av sin tjänst åtnjuta enbart fasta löneinkomster (jämför dyrtidstillägg), erhålla distriktsveterinärerna, liksom förslagsvis distriktstandläkarna, inkomster såväl av lön som av tjänsteförrättningar enligt fastställd taxa. I fråga om bostadsorten i levnadskostnadshänseende m. m. komma vidare de båda kategorierna förmodligen att i det stora hela bliva ungefärligen likställda. Vad beträffar studietid och studiekostnader m. m. kunna veterinärer och tandläkare jämväl antagas vara tämligen jämförbara med varandra. Av ej oväsentlig betydelse är slutligen, att löneplanen för distriktsveterinärerna fastställts så nyligen som år 1933. Med hänsyn till samtliga dessa omständigheter synes en jämförelse med distriktsveterinärerna bättre än med kanske någon annan grupp av statstjänstemän vara ägnad att klarlägga frågan om distriktstandläkarnas lämpliga placering i lönehänseende. Resultatet av utredningen har av dr Mebius redovisats i en promemoria, som finnes bilagd detta betänkande som bilaga 7 (avd. A).

Sammanfattningsvis torde utredningen kunna sägas giva vid handen, att distriktsveterinärerna och de föreslagna distriktstandläkarna i fråga om studietid, studiekostnader och utgifter för utrustning i det stora hela ej förete några olikheter, som kunna motivera en mera betydande skillnad i lönehänseende. Veterinärerna ha visserligen 2 års längre studietid än tandläkarna, men de senare ha å sin sida betydligt större kostnader för kursavgifter, material och böcker, enligt uppgift uppgående till i genomsnitt ej mindre än 6 500 kronor.

Beträffande tjänstgöringens omfattning och beskaffenhet föreligger främst en skillnad så tillvida, att distriktstandläkarna skulle utan annan ersättning än sin lön utföra viss bestämd arbetsprestation, skoltandvården, medan av distriktsveterinärerna icke kräves någon motsvarande prestation. De förra skulle ock vara bundna å tjänsterummet minst 7 timmar dagligen, vilket icke är fallet med de senare. Å andra sidan får ej förbises, att distriktsveterinärens tjänstgöring till sin omfattning och beskaffenhet stundom kan vara synnerligen påfrestande och ej sällan gäller stora värden såväl för enskilda som för det allmänna. Att rätt uppskatta den skillnad i lönehänseende, som kan motiveras av samtliga nu nämnda omständigheter, är uppenbarligen i hög grad vanskligt. Inskränker man sig emellertid till att beakta den mera påtagliga skillnad mellan ifrågavarande befattningshavares tjänstgöringsförhållanden, som distriktstandläkarens genom skoltandvården begränsade möjlighet till

praktikinkomster utgör, skulle tandläkarens begynnelse-lön rättvisligen sättas så mycket högre, att halva praktikinkomsten kompenserades, förutsatt att sistnämnda inkomster äro i huvudsak lika för båda tjänstemannagrupperna. I detta avseende må beaktas, att den genomsnittliga praktikinkomsten vid hel dagstjänstgöring för distriktsveterinärerna uppskattas till omkring 4 500 kronor per år, medan motsvarande inkomst för en distriktstandläkare, om han året runt kunde utöva 7 timmars daglig tjänstgöring i folktandvård för vuxna, inkl. barn i förskolåldern, skulle uppgå till minst $(2 \times 2\,900) \text{ } 5\,800 \text{ kr.}$ per år eller 1 300 kr. mera. Vid sådant förhållande bör distriktstandläkaren icke erhålla lönekomensation för mer än $\left(\frac{4\,500 - 1\,300}{2}\right) 1\,600$ kronor av distriktsveterinärens praktikinkomster. Distriktstandläkarens begynnelse-lön skulle då komma att utan dyrtidstillägg utgöra $(3\,450^1 + 1\,600) \text{ } 5\,050$ kronor, ett tal, som givetvis är behäftat med vissa osäkerhetsmoment.

Emellertid torde detta tal icke utan vidare kunna tagas till utgångspunkt vid uppläggande av en löneplan för distriktstandläkarna. Såsom dr Mebius påpekat, torde hänsyn även få tagas till de legitimerade tandläkarnas möjligheter att vinna sin utkomst genom privatpraktik och till de inkomster, som därvid kunna uppnås. Tidigare hava tandläkarna i privatpraktik ofta förvärvat inkomster, som högst väsentligt överstiga nyss angivna totalinkomst. Numera hava dessa inkomster sjunkit rätt avsevärt genom den stora tillströmningen till tandläkarbanan. Enligt på sakkunnigt håll verkställd utredning utgjorde medelinkomsten i privatpraktik år 1932 omkring 9 000 kronor. Hur motsvarande tal ställer sig i framtiden, beror framför allt på hur elevintagningen vid tandläkarinstitutet regleras. Sannolikt torde man dock hava att räkna med en mindre sänkning av nyssnämnda medelinkomst.

Slutligen må till ledning vid avvägandet av distriktstandläkarnas fasta lön nämnas, att i stadskommunal tjänst anställda tandläkare för skoltandvård år 1934 som regel åtnjutit en begynnelse-lön (inkl. dyrtidstillägg) av 6 000 kronor för 5 timmars tjänstgöring samt 8 000—9 000 kronor för 6—7 timmars tjänstgöring, allt per läsår.

Efter överbägande av vad sålunda framkommit och anförts har kommittén erhållit den uppfattningen, att vid full sysselsättning en begynnelse-lön (utan dyrtidstillägg) av i genomsnitt 5 400 kronor erfordras, därest en tillfredsställande rekrytering skall ernås. Den totala inkomsten, med dyrtidstillägg utgörande omkring $(5\,400 + 500 + 2\,900) \text{ } 8\,800$ kronor, komme då visserligen att ligga något under den för år 1932 beräknade medelinkomsten av privatpraktik, men å andra sidan torde grundad anledning finnas till antagande, att denna skillnad skall mer än väl uppvägas av den förmån, som en fast lön måste anses utgöra, och en god rekrytering därmed i stort sett tryggas. I likhet med vad 1924 års sakkunniga förordat, böra till begynnelse-lönen komma, förutom dyrtidstillägg, tre ålderstillägg å vartdera 300 kronor efter

¹ Begynnelse-lönen för distriktsveterinär i distrikt, som bereder full sysselsättning.

3, 6 och 9 års tjänstgöring. Därmed skulle den totala slutlönen vid full sysselsättning och med nuvarande penningvärde komma att uppgå till i det närmaste 10 000 kronor, vilket torde få anses skäligt för en statlig befattningshavare med tandläkarens utbildning och den jämförelsevis självständiga ställning, som distriktstandläkaren är avsedd att erhålla.

På grundval av den ståndpunkt, kommittén sålunda ansett sig böra intaga, har kommittén genom dr Mebius låtit uppgöra förslag till löneplan för distriktstandläkarna, varvid i huvudsak följts de principer, efter vilka löneplaner för distriktsveterinärer och andra likartade befattningshavare upprättats. I överensstämmelse härmed har vid löneplanens uppgörande hänsyn tagits bl. a. till den omständigheten, att vissa distrikt stadigvarande icke torde kunna giva full sysselsättning i folktandvård för vuxna och barn i förskolåldern, varigenom vederbörande distriktstandläkares praktikinkomster genomgående bliva mindre än ovan beräknats. Vägande skäl synes kommittén föreligga att i detta avseende tillämpa samma principer som gälla för distriktsveterinärer och provinsialläkare, d. v. s. medgiva en viss kompen-sation för lägre praktikinkomster genom ökning av den fasta lönen. Ett sådant förfarande torde också vara nödvändigt för att locka sökande till de i ekonomiskt avseende sämsta distrikten, i all synnerhet som dessa distrikt även i andra hänseenden kunna väntas bliva mindre eftersökta. Det är visserligen ganska vanskligt att göra någon säkrare uppskattning av de särskilda tandvårdsdistriktens möjligheter i praktikhänseende, innan närmare erfarenhet om de lokala förhållandena vunnits, men detta synes ej böra utgöra hinder för att i löneplanen preliminärt upptaga ett antal lönegrupper och verkställa en provisorisk fördelning av befattningshavarna å dessa lönegrupper. Kommittén har i enlighet härmed i nedanstående löneplan förslagsvis räknat med följande lönegrupper:

Lönegrupp I.	Praktikinkomster över 2 500	kr.
» II.	» 2 000—2 500	»
» III.	» 1 500—2 000	»
» IV.	» 1 000—1 500	»
» V.	» 500—1 000	»
» VI.	» högst 500	»

Den definitiva fördelningen av de särskilda befattningarna å dessa grupper kan lämpligen uppskjutas till en tidpunkt, då säkrare kännedom om praktikförhållandena i de olika distrikten erhållits. Kommittén återkommer härtill nedan.

Vidare ha i löneplansförslaget särskilt beaktats olikheterna mellan stationsorterna beträffande levnadsomkostnadernas höjd. Detta har visserligen icke skett i gällande löneplan för distriktsveterinärer och provinsialläkare. Distriktsveterinärlönesakkunniga hade emellertid i sitt år 1930 avgivna betänkande¹ förordat, att vid fördelningen av distriktsveterinärbefattningarna å

¹ Stat. off. utr. 1930: 18, sid. 49.

skilda lönegrupper hänsyn, om ock i mindre grad, borde tagas till levnads-kostnaderna. I gällande löneplaner för befattningshavare vid statsdepartementen och vissa andra verk, tillhörande den civila statsförvaltningen (kungl. kungörelse den 6 juni 1925), och för tjänstemän vid postverket, telegrafverket, statens järnvägar och statens vattenfallsverk (kungl. kungörelse samma dag) äro däremot inom varje löneklass lönebeloppen varierande allt efter stationeringsorternas placering i dyrortshänseende. Då denna princip sålunda tillämpas för ett mycket betydande antal statstjänstemän, torde det vara motiverat, att så sker även i fråga om distriktstandläkarna, i all synnerhet som för dessa variationerna i levnadskostnaderna ingalunda komma att bli betydelslösa i jämförelse med växlingarna i praktikinkomsterna (jfr nedan). Härvid bör så förfaras, att genomsnittslönen i första lönegruppen för de olika dyrorterna sammanfaller med den förut angivna begynnelse-lönen av 5 400 kronor. Även i övrigt torde gällande bestämmelser i tillämp-liga delar böra lända till efterrättelse.

Med beaktande av vad sålunda anförts skulle löneplanen för distrikts-standläkarna få följande utseende.

Lönegrupp	O r t s g r u p p							Medel- tal (ung.)	Genomsnittlig totalinkomst (ungefär)	
	A	B	C	D	E	F	G			
	K r o n o r								utan	med dyrtidstillägg
									kr.	kr.
I.....	4 830	5 070	5 310	5 550	5 790	6 030	6 270	5 400	8 250	8 740
II.....	5 190	5 430	5 670	5 910	6 150	6 390	6 630	5 760	8 010	8 530
III.....	5 550	5 790	6 030	6 270	6 510	6 750	6 990	6 120	7 870	8 420
IV.....	5 910	6 150	6 390	6 630	6 870	7 110	7 350	6 480	7 730	8 310
V.....	6 270	6 510	6 750	6 990	7 230	7 470	7 710	6 840	7 590	8 210
VI.....	6 630	6 870	7 110	7 350	7 590	7 830	8 070	7 200	7 450	8 100

Anm. Efter 3, 6 och 9 års tjänstgöring ökas ovanstående lönebelopp med varje gång 300 kr.

Enligt ovanstående löneplan är skillnaden mellan maximi- och minimi-lönerna 3 240 kr., varav 1 800 kr. härröra från kompensationen för variationerna i praktikinkomsterna och 1 440 kr. från hänsynstagandet till variationerna i levnadskostnaderna. Mot varje minskning i praktikinkomsterna à 500 kronor svarar en lönekomensation av 360 kronor, i likhet med vad som gäller för distriktsveterinärerna. Löneskillnaden mellan två angränsande ortsgrupper utgör 240 kronor eller samma skillnad som förefinnes mellan angränsande ortsgrupper i bl. a. löneklasserna B 27—B 29 i allmänna löneplanen för statstjänstemännen. Sistnämnda löneklasser motsvara i sin tur närmast den beräknade genomsnittliga totala begynnelse- resp. slutinkomsten för distriktstandläkarna. Beträffande de närmare detaljerna för löneplanens utformande hänvisar kommittén till bilaga 7, avd. B.

Placeringen i lönegrupper bör som nyss antytts till en början ske provisoriskt och erhålla definitiv karaktär först sedan någon tids erfarenhet vunnits om praktikinkomstens storlek i de olika distrikten. Det synes kommittén lämpligt, att den definitiva löneplaceringen äger rum i samband med resp. befattnings överflyttande på ordinarie stat, vilket beräknats kunna ske efter 3 eller högst 6 år. Skulle då befinnas, att visst distrikt normalt giver större praktikinkomst än som beräknats vid den provisoriska fördelningen, måste vederbörande finna sig i en nedflyttning i lönegrupp. Dylika nedflyttningar torde dock kunna i stor utsträckning undvikas genom att vid nämnda provisoriska fördelning iakttaga nödig försiktighet. Möjligt är, att praktikinkomsterna vid full sysselsättning över lag komma att ligga högre än av kommittén beräknade 2 900 kr. Ovan angivna gränser mellan de olika lönegrupperna böra då modifieras och eventuellt ytterligare en eller annan lönegrupp tilläggas.

För övrigt torde hinder icke föreligga att vid den praktiska tillämpningen av löneplanen verkställa placering i lönegrupper jämväl med beaktande av andra omständigheter än praktikinkomsternas storlek. Sålunda kan det, på sätt den sakkunnige framhållit, event. visa sig lämpligt att placera i övre Norrland belägna distrikt i högre lönegrupp än ekonomiskt likvärdiga distrikt i mellersta och södra Sverige, detta för att än mera underlätta rekryteringen till berörda, ofta svårbesatta distrikt. På samma sätt synes det kommittén lämpligt, att distrikt, där på grund av barnens antal, kariesfrekvensens storlek eller andra särskilda omständigheter skoltandvården tager mer än normal tid (omkring 1 000 timmar per år) i anspråk, placeras i högre löneklass än eljest skulle ha skett. Fördelningen av distriktstandläkarbefattningarna i lönegrupper torde alltså lämpligen kunna bestämmas »med hänsyn till de särskilda tandvårdsdistriktens möjligheter att bereda inkomster av folktandvård för vuxna och barn i förskolåldern ävensom till andra omständigheter, som prövas vara av betydelse».

Kommittén övergår härefter till grunderna för den ersättning utöver lönen, som skulle tillkomma distriktstandläkarna för behandling av vuxna och barn i förskolåldern. I detta hänseende vill kommittén, som tidigare nämnts, föreslå viss omreglering i förhållande till 1928 års förslag.

Detta gäller först och främst den hälftendelning av inkomsterna å polikliniktaxan, som 1924 års sakkunniga föreslagit. Såväl medicinalstyrelsen som de hörda tandläkarsammanslutningarna hava, såsom inledningsvis anmärkts, framställt erinringar mot denna anordning med hänsyn till de därmed förenade olägenheterna. I medicinalstyrelsens försöksverksamhet har ej heller någon hälftendelning förekommit utan har all inkomst å polikliniktaxan tillfallit tandläkaren, samtidigt som denne kostnadsfritt fått använda den för skoltandvården avsedda polikliniklokalen med därtill hörande utrustning och instrumentarium ävensom erhållit fritt biträde av tandsköterska under viss tid per dag. Kommittén anser för sin del önskvärt, att

sistberörda ersättningssystem kommer till användning jämväl framdeles. Därigenom möjliggöres, att den av klientelet uttagna ersättningen kan sättas tämligen låg utan att det allmänna belastas med några nämnvärda kostnader utöver dem, som äro förenade med skoltandvården. Med inkomsten enligt polikliniktaxan skulle tandläkaren då bestrida kostnaderna för tandtekniker samt för de förbrukningsartiklar, försäkringsavgifter och kontorsexpenser, som belöpa på ifrågavarande klientel; resten av taxeersättningen skulle utgöra hans behållna praktikinkomst. Med utgångspunkt härifrån och med beaktande av att vid lönens bestämmande hänsyn tagits till tandläkarens skyldighet att arbeta mot låg taxa har kommittén underkastat den av 1924 års sakkunniga föreslagna polikliniktaxan en bearbetning i syfte att dels vinna överensstämmelse med nyssnämnda principer, dels ock komplettera densamma med prisuppgifter å ett flertal vanliga ingrepp, som icke upptagits i 1928 års taxeförslag. Resultatet av denna bearbetning redovisas i bilaga 8, till vilken kommittén hänvisar. Här må endast påpekas, att sistnämnda förslag innebär en avsevärd sänkning av flertalet taxebelopp i förhållande till 1928 års förslag.

Den sålunda av kommittén föreslagna taxan avser närmast de vuxnas tandvård. Beträffande barnen före skolåldern anser sig kommittén för sin del böra förorda en annan norm för tandläkarens ersättning. Såsom framgår av kap. 3 har kommittén på där anförda skäl förordat, att dessa barn, därest de underkastade sig regelbunden undersökning och behandling, skulle få åtnjuta tandvård på enahanda villkor som skolbarnen, d. v. s. mot en årsavgift av 3 kronor per barn och år. Kommittén förutsatte härvid, att det allmänna skulle gälda den del av kostnaderna för dessa barns tandvård, som icke täcktes av årsavgiften. Med hänsyn härtill synes det kommittén önskvärt, att ersättningen för dessa barns tandvård utbrytes ur polikliniktaxan och bestämmes till fixt belopp per år. För en dylik utbrytning talar ock den omständigheten, att kostnaderna för material och tekniskt arbete ställa sig annorlunda beträffande ifrågavarande barn än beträffande de vuxna. Att fastställa det belopp, varmed ersättning bör utgå till tandläkaren för dessa barn, är givetvis vanskligt på grund av den ringa erfarenhet, som finns på området. Utgår man emellertid från att materialkostnaderna äro desamma som för skolbarn samt att någon särskild kostnad för teknikerarbete icke erfordras, synes kommittén en årlig ersättning av 6 kr. per barn vara skälig och i möjligaste mån väl avvägd i förhållande till taxan för de vuxna. Av ersättningen skulle då hälften erläggas av barnets målsman och hälften av det allmänna.

I samband härmed vill kommittén av lämplighetsskäl föreslå, att tandläkaren tillhandahåller allt för tandvården erforderligt material och sedermera av landstinget erhåller ersättning för i *skoltandvården* använt material med visst belopp per år och behandlat barn. Denna ersättning torde med stöd av vunna erfarenheter kunna tills vidare fastställas till kr. 1: 25 per barn.

Slutligen vill kommittén i detta sammanhang framhålla, att kommittén haft under övervägande frågan, om och i vad mån folktandläkare borde tillerkännas rätt att vid sidan om folktandvården utöva enskild praktik. Med hänsyn till svårigheterna att på ett tillfredsställande sätt uppdraga och i praktiken upprätthålla en gräns mellan folktandvård och enskild tandvård har kommittén härutinnan kommit till den uppfattningen, att rätt till enskild praktik icke bör tillkomma ifrågavarande tandläkare. Däremot föreligger givetvis intet hinder för tandläkaren att mot fastställd taxa bedriva folktandvård utöver den för nämnda tandvård anslagna tiden för att därmed utöka sina inkomster.

Beträffande distriktstandläkarnas pensionering hade 1924 års sakkunniga tänkt sig densamma ordnad genom att låta tandläkarna vinna inträde i statens pensionsanstalt. Därest emellertid ifrågavarande befattningshavare skulle komma att avlönas av staten, på sätt ovan föreslagits, synes det kommittén vara lämpligast, att deras pension utgår enligt samma grunder, som gälla för civila statstjänstemän i allmänhet med de modifikationerna, som kunna påkallas därav, att distriktstandläkarnas avlöning delvis skulle utgå i form av ersättning enligt taxa. Distriktstandläkarna skulle enligt löneplanen häröfver åtnjuta en lön, som närmast motsvarar lönegrad B 20 i löne-reglementet för tjänstemän vid den civila statsförvaltningen. Med utgångspunkt härifrån och med beaktande av enahanda principer, som tillämpats vid fastställandet av pension åt provinsialläkare och distriktsveterinärer, skulle distriktstandläkarna i pensionshänseende lämpligen kunna likställas med tjänstemän i B 22. Distriktstandläkarnas tjänstepensionsunderlag skulle då uppgå till omkring 4 500 kronor för man och 4 200 kronor för kvinna. Pensionsåldern torde liksom för distriktsveterinärerna böra fastställas till 63 levnads- och 30 tjänsteår.

Vad slutligen angår assistenttandläkarna synas dessa för vinnande av största möjliga smidighet böra förordnas av medicinalstyrelsen på viss tid och deras tjänstgöring huvudsakligen avse ett eller flera landstingsområden. De böra — såsom 1924 års sakkunniga förordnat — erhålla fast lön jämte dyrtidstillägg men ej ålderstillägg. Grundlönen torde i ungefärlig överensstämmelse med 1928 års förslag kunna bestämmas till 4 200 kronor per år. Härutöver böra de erhålla reseersättning för resor i tjänsten i enlighet med de grunder, huvudmannen bestämmer. Vid befordran till distriktstandläkare bör assistenttandläkaren för placering i löneklass äga tillgodoräkna sig den tid av assistenttjänstgöringen, som överstiger 3 år.

Kap. 6. Hjälpkrafter i distriktstandvården.

I § 1 av gällande »Ordning för tandläkarkonstens utövning» av den 18 juni 1861 angivas de förrättningar, som tillhöra tandläkarkonstens utövare, sålunda:

- a) Rengöring, fyllning och utdragning av tänder;
- b) Förfärdigande och insättande av konstgjorda tänder;
- c) Behandling av tändernas och tandköttets sjukdomar.

Ingen annan än den, som i föreskriven ordning därtill vunnit behörighet (legitimation), må utöva tandläkarkonsten vid påföljd att eljest varda underkastad det bötesansvar, som för olovligt utövande av hantverk finnes stadgat (§ 9). Å andra sidan må tandläkare icke åtaga sig andra »läkarförrättningar» än nyss angivna vid äventyr att eljest vara förfallen till ansvar såsom för obehörigt utövande av läkarkonsten; vid upprepade förseelser härutinnan kan tandläkare förklaras förlustig rättigheten att utöva tandläkarkonsten (§ 10).

Genom dessa bestämmelser har sålunda noga angivits vad som innefattas i tandläkarkonsten och vem som äger utöva den. Sedan länge ha emellertid såsom medhjälpare åt tandläkare vid förfärdigandet av olika slags proteser och laboratoriearbeten fungerat tekniskt utbildade biträden, *tandtekniker*. Efter hand som tandläkarkonsten utvecklats har behov uppstått av ytterligare ett slags hjälpkrafter, nämligen *tandsköterskor*. Uppenbarligen är det för åstadkommande av en allmän, prisbillig tandvård av stor betydelse, att mindre kvalificerad arbetskraft kommer till användning i den utsträckning, arbetets art och omfattning medgiva. Kommittén skall därför nedan upptaga hithörande spörsmål till närmare prövning och börjar härvid med de tekniska medhjälparna.

A. Tandteknikerna.

För att möjliggöra en riktig uppfattning om tandteknikernas nuvarande ställning och uppgifter torde en kort redogörelse för *tandteknikeryrkets uppkomst och utveckling* vara erforderlig.¹

Enligt de ursprungliga bestämmelserna i 1861 års »Ordning för tandläkar-konstens utövning» hade den, som ville utbilda sig till tandläkare, att först som lärling hos legitimerad tandläkare söka vinna övning i de förrättningar och arbeten, som tillhöra tandläkaryrket. Vid 18 års ålder ägde lärling rätt att under vissa förutsättningar efter ådagalagd kunskap och färdighet undergå prövning för att förklaras som medhjälpare. Ville medhjälpare erhålla rättighet att på egen hand utöva yrket, hade han att hos sundhetskolegium undergå särskild prövning. Undervisningen försiggick sålunda så gott som uteslutande hos den private tandläkaren, och några särskilda förkunskaper erfordrades ej. Under utvecklingens gång skärptes emellertid kraven i sistnämnda avseende. Genom cirkulär av år 1866 bestämdes sålunda, att den som antogs till lärling skulle besitta enahanda kunskaper som för inträde

¹ Nedanstående uppgifter ha i huvudsak hämtats ur ett av kommitterade inom Sveriges tandläkareförbund avgivet betänkande angående tandteknikerundervisningens ordnande (Sveriges tandläkareförbunds tidning 1934, häfte 8).

i 6:e klassen av allmänt läroverk. Trots dessa jämförelsevis minimala krav på förkunskaper torde man redan från denna tidpunkt kunna räkna med en viss differentiering av yrkesverksamheten, och denna accentuerades än mera år 1879, då studentexamen föreskrevs som villkor för inträde å tandläkarbanan. Den privata utbildningen för tandläkaryrket fortsatte visserligen ända till 1897, då tandläkarinstitutet inrättades, men efter 1879 kunde de lärlingar, som icke avlagt studentexamen eller erhållit dispens från densamma, endast vinna anställning som tekniska medhjälpare eller biträden åt tandläkare.

Behovet av dylika tekniska biträden har, efter hand som tandläkarkonsten fördjupats och dess praktiska tillämpning utvidgats, alltmera ökat. Då praktiken nått ett visst omfång, har tandläkaren måst välja mellan att antingen avsäga sig en del av de hjälpsökande för att ombesörja den del av det mekaniska protesarbetet, som måste utföras å laboratorium, eller ock överlåta detta arbete åt annan arbetskraft — tandteknikern. Tandteknikeryrket har sålunda tillkommit och befrämjats genom tandläkarnas försorg för att tillgodose det praktiska livets krav och icke — såsom man stundom velat göra gällande — emedan tandläkarna icke skulle behärska det tekniska arbetet. Proteskonst har nämligen från början ingått och ingår alltjämt som obligatorisk del av undervisningen vid tandläkarinstitutet. Tandteknikeryrket kan emellertid icke betraktas som ett fullt fristående yrke, då teknikerna ej kunna vända sig direkt till allmänheten med sina arbetsprestationer utan äro hänvisade till de uppgifter, som anförtros dem av den legitimerade tandläkaren. Dessa uppgifter ha i regel avsett det extra-oral (utanför munnen liggande) protesarbetet till skillnad från det intra-oral (inom munnen liggande). En bestämd gräns härutinnan har dock ej alltid upprätthållits i praktiken.

Någon ordnad utbildning inom yrket finnes ej. Rekryteringen har åtminstone tidigare ofta skett från guldsmeds-, urmakeri- eller finmekanikergrupperna, eventuellt efter inhämtande av den tämligen ytliga undervisning, som meddelas i vissa s. k. teknikerskolor. Flertalet torde ha förvärvat sin utbildning genom anställning hos tandläkare eller på de större tekniska laboratorierna, men även denna utbildning har mången gång varit mycket heterogen och bristfällig. Tandteknikeryrkets utövare besitta därför synnerligen växlande kvalifikationer. Det synes emellertid i stort sett finnas tvenne typer av tekniska hjälpkrafter: a) de som äro kunniga i kautschukteknik och enklare detaljer av metallteknik, b) de som äro förfarna i såväl kautschuk- som metallteknik samt i en del fall i keramik. Bestämda gränser gå dock ej att fastställa, utan de olika typerna flyta över i varandra. Endast ett mindertal äro fullt kvalificerade yrkesmän.

De tekniska hjälpkrafternas ställning var tidigare allt annat än tillfredsställande. Deras arbetstid var ofta obegränsad, de erhöilo i allmänhet dålig betalning och fingo mången gång utföra sin gärning under mycket ohygieniska förhållanden. Detta i samband med de små framtidsutsikter, som laboratoriearbetet erbjöd, kom mången tandtekniker att beträda den illegitima

yrkesutövningens väg. Härtill bidrog ock, att åtskilliga tandläkare ställde sig alltför mycket i beroende av sin tekniker och stundom överlät en stor del av det intra-oral arbetet på honom. Numera torde tandteknikernas ställning i allmänhet vara bättre, men på många håll råda ännu missförhållanden i förevarande hänseende. Det stora flertalet tandtekniker utöva för närvarande lojal verksamhet.

Redan tidigt hava upprepade *framställningar* gjorts i syfte att åt tandteknikerna vinna behörighet att självständigt utöva större eller mindre del av tandläkarkonsten. År 1889 föreslog sålunda svenska tandteknikerföreningen i skrivelse till Konungen, att en på visst sätt utbildad tandtekniker skulle medgivas rätt att förfärdiga och insätta konstgjorda tänder samt vidtaga erforderliga operativa åtgärder i munnen. År 1919 gjorde svenska dentistförbundet, som uppgav sig vara en sammanslutning av i tandvårdskonsten praktiserande, av tandläkare upplärda tandteknici, hos Kungl. Maj:t framställning om rätt för förbundets medlemmar att på eget ansvar å patient få utföra sådant arbete, som ej vore förenat med någon som helst risk för patienten, eller, därest detta ej kunde medgivas, eljest utföra arbete under tandläkares överinseende och ansvar. En tredje framställning i ämnet gjordes år 1922 av Sveriges tandteknikers riksförbund, vari föreslogs införande — jämte den dåvarande 3-åriga tandläkarexamen — av en lägre 2-årig examen, grundad å realskolexamen och kompletterad med 2 års assistenttjänstgöring å klinik eller i privatpraktik. Dessa »tandvårdare», som skulle äga rätt att utöva »munvård» i samma utsträckning som examinerade tandläkare, förfärdiga hela och partiella proteser samt verkställa erforderliga extraktioner med eller utan injektioner, skulle ägna viss tid dagligen åt mindre bemedlat klientel. Dispens från ifrågavarande examen skulle under en tid av 5 år på vissa villkor meddelas förbundets medlemmar. Som huvudskäl för ifrågavarande framställningar anfördes, dels att då rådande brist på tandläkare skulle i viss mån avhjälpas, dels ock att tandvården därigenom skulle bli billigare och mera åtkomlig för folket i gemen. Ingen av framställningarna har emellertid föranlett någon Kungl. Maj:ts åtgärd. Samtliga framställningar ha av de sakkunniga myndigheterna avstyrkts främst med hänsyn till svårigheten att i praktiken upprätthålla en fix gräns mellan en tandvård av mera enkel och riskfri beskaffenhet å ena sidan samt en mera kvalificerad tandvård å andra sidan.

Tandteknikerspörsmålet har även varit föremål för uttalanden inom *riksdagen*. I utlåtande över en vid 1920 års riksdag väckt motion om utredning i syfte att åvägabringa billigare tandvård ifrågasatte sålunda andra kammarens andra tillfälliga utskott, huruvida icke tanken att låta s. k. dentister under lämplig tillsyn eller med lämplig begränsning arbeta som tandläkare under då rådande stora brist på tandläkare vore förtjänt av beaktande åtminstone som en provisorisk åtgärd för vinnandet av det med motionen avsedda syftet. I princip förklarade sig emellertid utskottet vara

ense med medicinalstyrelsen, som i yttrande över motionen funnit denna väg otillfredsställande, »enär endast tandvård av fullgod beskaffenhet borde lämnas». Motionen föranledde ej någon riksdagens åtgärd med hänsyn till då pågående utredning om utvidgning av tandläkarinstitutet m. m.

Vid 1922 års riksdag väcktes bland annat en motion om fastställande av realskolexamen såsom berättigande till inträde vid tandläkarinstitutet. Andra kammarens tillfälliga utskott avstyrkte motionen under framhållande, att tandläkaryrket icke längre kunde anses som ett hantverk utan för sitt rätta utövande krävde en vetenskaplig bildning, för vars tillgodogörande erfordrades den förutbildning, som studentexamen innebure. Ej heller denna motion föranledde någon riksdagens åtgärd. Utskottets motivering blev emellertid struken vid motionens behandling i kammaren.

Vid 1924 års riksdag bragtes ifrågavarande spörsmål ånyo på tal i samband med folktandvårdsfrågans ordnande över huvud taget. Ut i massmotioner i båda kamrarna påyrkades sålunda skyndsamt utredning, huruvida och under vilka former kompetenta och kvalificerade tandtekniker kunde erhålla legitimation att utöva tandvårdsarbete. I en särskild motion av herr Värner Rydén hemställdes om utredning, huruvida icke genom en mindre omfattande utbildning åt personer, som berättigades utföra enklare tandvårdsarbeten, en billigare tandvård kunde beredas. Vid motionernas behandling i kamrarnas tillfälliga utskott förordade båda utskotten utredning om på vad sätt en för hela folket lämpad och billig tandvård skulle kunna åstadkommas. I motiveringen tog emellertid andra kammarens utskott i viss mån avstånd från yrkandet om legitimation av tandtekniker, medan första kammarens utskott ansåg, att utredningen borde omfatta jämväl denna fråga. Då kamrarna stannade i olika beslut härutinnan, kom riksdagens skrivelse i ämnet icke att innehålla något om utredning av tandteknikerspörsmålet utan endast den mera allmänna formulering, varom utskotten enat sig.

De med anledning av denna riksdagsskrivelse tillkallade 1924 års sakkunniga behandlade i sitt år 1928 avgivna betänkande ifrågavarande spörsmål och konstaterade därvid till en början, att något behov av tandtekniker icke föreläge beträffande skoltandvården. Vad åter anginge folktandvården åt vuxna förefunnnes väl behov av teknisk hjälp, men detta behov syntes de sakkunniga endast beträffande de större städerna, vilka förväntades komma att på egen bekostnad ordna sin folktandvård, kunna helt tillgodoses genom anställande av tandtekniker. För landsbygdens del däremot bleve man i allmänhet hänvisad till att söka täcka ifrågavarande behov genom tandsköterskor, som för ändamålet erhållit viss teknisk utbildning, alltså en kombination av tandsköterska och tandtekniker. Användningen av mera komplicerade proteser finge i möjligaste mån inskränkas och, då sådana icke kunde avvaras, finge de mot särskild ersättning utföras å närmaste stadslaboratorium. Med denna utgångspunkt funno de sakkunniga, att en användning i folktandvården av något slags lägre tandvårdare med därav följande ytter-

ligare uppdelning av folktandvårdsarbetet endast skulle medföra organisatoriska olägenheter utan att därigenom några ekonomiska fördelar av betydelse stode att vinna.

I *yttrandena* över nu nämnda betänkande har — förutom från Sveriges tandteknikers riksförbund — från några håll ifrågasatts, huruvida icke användandet av funktionärer med lägre kompetens i vissa fall kunde vara försvarligt, särskilt som interimåtgärd eller då annan tandvård av kostnadsskäl icke låte sig genomföras.

I skrivelse till Konungen den 10 februari 1932 har *svenska tandteknikerförbundet*, enligt uppgift en sammanslutning av å tandläkares och tandteknikers laboratorier arbetande tekniker med inemot 500 medlemmar, hemställt om erforderlig utredning av samtliga med tandteknikerspörsmålet och tandteknikerutbildningen sammanhängande frågor. Som skäl för denna sin hemställan anför förbundet i huvudsak *dels* att tandteknikerna vore av största betydelse för tandvårdsarbetet såsom tandläkarnas medhjälpare och att det därför vore av vikt, att det funnes god tillgång till väl utbildade tekniker, *dels ock* att den nuvarande utbildningen av tandteknici visat sig vara behäftad med så svåra brister, att en offentlig kontroll vore av behovet påkallad. Tillika framhåller förbundet önskvärdheten av att tandteknikernas verksamhet författningsenligt närmare regleras. Vid framställningen var fogat ett förslag till tandteknikerutbildningens ordnande.

I anledning av remiss har *tandläkarinstitutets lärarråd* den 14 maj 1934 avgivit yttrande över framställningen. Lärarrådet anförde härvid i huvudsak följande.

Tandteknikerförbundets uttalade mening, att det vore av vikt att det funnes god tillgång till tandtekniker, inneslöte i sig frågan om samhällets behov av ifrågavarande yrkesutövare. Att ett dylikt behov förefunnes kunde anses obestridligt. Huru stort detsamma vore torde däremot vara svårare att avgöra. Man syntes likväl berättigad antaga, att samhällets behov av tandtekniker vore i väsentlig mån betingat av antalet praktiserande tandläkare i riket, nämligen sålunda att ökat antal tandläkare visserligen kunde anses medföra ökat behov av tandtekniker, men att å andra sidan en ökning av antalet tandläkare över en viss gräns minskade behovet av tandtekniker, enär i ty fall konkurrensen tandläkarna emellan otvivelaktigt nödvändiggjorde minskning av verksamhetens utgifter, i vilka tandteknikerkontot utgjorde en ej oviktig post. I varje fall mötte det för närvarande stora vanskligheter att ens approximativt beräkna, huru stort antal tandtekniker som efter införd stadgeenlig utbildning borde årligen utbildas.

Man finge emellertid akta sig för att överskatta tandteknikernas betydelse. Den tekniska utbildningen av studerande vid tandläkarinstitutet vore i enlighet med gällande statuter så avpassad, att den utexaminerade tandläkaren skulle kunna utan tandteknikernas hjälp förfärdiga de proteser, som vanligen erfordrades i hans praktiska verksamhet. Tandläkaren vore därför i utövning av sitt yrke ingalunda så beroende av tandteknikernas hjälp, som tandteknikerförbundet ville låta påskina, om han ock givetvis icke från början besuttede någon driven yrkesskicklighet. Det borde jämväl beaktas, att en av de mer påtagliga anledningarna till anställande av tekniska biträden i den utsträckning, som under senaste tio å

femton åren skett, säkerligen legat i den brist på tandläkare, som förefunnits, och det stora klientel, som på den grund tillfallit varje tandläkare. Sålunda hade antalet tandläkare under år 1914 utgjort endast 509 för att år 1924 uppgå till 780; för närvarande, d. v. s. våren 1934, uppginge antalet tandläkare i riket till 1 838. Det dröjde förmodligen ej mer än ett tiotal år, till dess antalet praktiserande tandläkare i riket uppginge till omkring 3 000. Sannolikt komme detta förhållande att medföra, att en stor del av det laboratoriearbete, som måhända nu utfördes av tandtekniker, i framtiden måste av ekonomiska skäl utföras av tandläkarna själva. Lärarrådet ville i detta sammanhang betona, att tandläkarens nuvarande tekniska utbildning på intet sätt finge beskäras, enär den utgjorde en nödvändig betingelse för tandläkarens yrkesutövning. Endast genom en även rent teknisk utbildning kunde tandläkaren förstå, behärska och vidare utveckla sin verksamhet som klinisk protesfackman.

Tandteknikerförbundets krav på en kontrollerad utbildning för alla blivande tandtekniker förtjänade att i allo understödjas. De åtgärder, som föresloges för kravets ifråga förverkligande, vittnade emellertid om både otillräcklig pedagogisk erfarenhet och bristande förutsättningar att överhuvud bedöma de fordringar, som för närvarande borde ställas på en tandtekniker såsom medhjälpare åt tandläkaren. Området för tandteknikernas yrkesverksamhet och därmed frågan om tandteknikernas utbildning kunde enligt lärarrådets mening slutgiltigt bedömas endast därest dessa båda angelägenheter såges i samband med upprättande av en ordnad folktandvård genom särskilda tandkliniker. Under alla förhållanden borde emellertid tandteknikerutbildningen ställas under lärarrådets vid tandläkarinstitutet överinseende. Ett införlivande av en sådan undervisning inom ramen för lärarrådets verksamhet och under dess ansvar innebure bland annat den fördelen, att all undervisning, evad den rörde utbildning av tandläkare, tandsköterskor eller tandtekniker, samlades hos en myndighet, som vore väl förtrogen med organisation av undervisning i tandvårdsbefrämjande syfte.

Vad slutligen anginge önskvärdheten av en lagenligt fastställd gräns för tandteknikernas verksamhet inom tandvårdsarbetet borde enligt lärarrådets mening den vid statlig anstalt utbildade tandteknikern författningsenligt tillerkännas en yrkesbehörighet, som medgäve rätt att förfärdiga proteser men förbjöde behandling av patienter samt överhuvud utövning av tandvårdsverksamhet annorledes än genom förfärdigande av proteser.

Under förutsättning att de principiella synpunkter, lärarrådet sålunda framhållit, vunne beaktande tillstyrkte lärarrådet statlig utredning rörande tandteknikernas utbildning och yrkesverksamhet. I denna tillstyrkan instämde jämväl karolinska institutets lärarkollegium och kanslern för rikets universitet.

Med anledning härav har Kungl. Maj:t den 12 oktober 1934 uppdragit åt tandläkarinstitutets lärarråd att verkställa berörda utredning. En med tandteknikerförbundets ovannämnda skrivelse likalydande framställning har tillika överlämnats till statens sjukvårdskommitté för att vara tillgänglig vid kommitténs behandling av frågan om folktandvårdens organiserande.

Innan kommittén uttalar sig i ämnet, må ock nämnas, att *Sveriges tandläkareförbund* med anledning av tandteknikerförbundets förevarande framställning uppdragit åt vissa kommitterade att utreda frågan om tandteknikerundervisningens ordnande. Dessa kommitterade, som även samrätt

med delegerade från svenska tandteknikerförbundet, avgåvo den 3 september 1934 ett betänkande i ämnet.¹

Ur betänkandet må rörande tandteknikernas uppgift anföras bl. a. följande.

Det tandprotetiska arbetet kunde uppdelas i intra-oralt (inom munhålan) och extra-oralt. De intra-oral åtgärderna, vilka endast tillkomme tandläkaren att utföra, omfattade de undersökningar av munhålan och tändernas tillstånd, som vore nödvändiga förutsättningar för diagnos och indikationsställning, vidare alla de preparationer, som krävdes för att i det givna fallet skapa en funktionsduglig ersättning samt slutligen de ingrepp, som erfordrades för att ackommodera den färdiga protesens till den föreliggande situationen i munkaviteten. De extra-oral åtgärderna avsågo alla de mekaniskt-tekniska laboratoriearbeten, som vore behövliga för protesens utformning. Tandteknikernas arbetsuppgift vore att på grundval av de indikationer, som av tandläkaren uppställts efter diagnos av ett protesfall, utföra det mekaniskt-tekniska laboriearbete, som vore nödvändigt för protesens framställande. Tandteknikerns uppgift vore alltså begränsad till den extra-oral delen av tandtekniken. Härutinnan vore kommitterade och tandteknikerförbundets delegerade ense, varigenom avstånd tagits från de s. k. självpraktiserande tandteknikernas krav på praktikutövning.

I fråga om behovet av tandtekniker yttra kommitterade bl. a.:

Den moderna teknikens exakta metoder hade betydligt utvidgat gränserna för laboriearbetet och de krav, som nu måste ställas på teknikerns kompetens, vore därför helt andra än förr. Detta sammanhänge med proteskonstens utveckling från schablonartat mekaniskt hantverk till biologiskt-vetenskapligt betonad ersättningskonst. Då tandläkaren oftast saknade den mekaniska rutin, som det moderna laboriearbetet krävde, pekade tendensen alltmär i riktning mot ett överlåtande av allt extra-oralt arbete åt teknikern. Bortsett från protesens inpassning följde tandläkaren ofta ett protesfall icke längre än till avtryck och bitning. För det stora flertalet tandläkare vore en kompetent teknisk hjälpkraft oundgänglig, så framt de önskade hålla sig i nivå med den moderna proteskonstens krav. Till följe den stora nyrekryteringen till tandläkarbanan kunde utvecklingen måhända gestalta sig så, att särskilt de unga tandläkarna tvingades att av ekonomiska skäl utföra det mesta laboriearbetet själva, men med den växande konkurrensen komme allt större fordringar att ställas på yrkesskickligheten och därmed även på protesens tekniska utformning. Tekniska hjälpkrafter komme alltid att behövas icke blott i privatvården utan säkerligen i ganska stor utsträckning i folktandvården, trots all skoltandvårdsprofylax. På grund av tandläkarens beskurna möjligheter att sysselsätta egen tekniker syntes utvecklingen alltmär gå i riktning mot den självständiga laborieverksamheten antingen så, att skolade tekniker upprättade egna laborier, eller att, till och med å mindre orter, flera tandläkare slöte sig samman om ett laboratorium samt engagerade en kvalificerad tekniker.

Då behovet av teknisk hjälp vore beroende av såväl protespraktikens omfattning som den enskilde tandläkarens prestationsförmåga samt patientkretsens karaktär och ekonomiska bärkraft, måste en behovstaxering efter nämnda variabla faktorer stöta på stora vanskligheter. Från tandläkarhåll hade uppgivits, att proportionen mellan tekniker och tandläkare borde vara 1 till 5. I Finland anpassades utbildningsnumerären till denna princip. Denna beräkning finge nog anses gälla

¹ Se Sveriges tandläkareförbunds tidning 1934, häfte 8.

behovet av mera kompetenta arbetskrafter. Från svenska tandteknikerförbundet hade uppgivits, att antalet tekniker för närvarande skulle utgöra c:a 750. I betraktande av denna höga siffra skulle någon utbildning tills vidare icke vara nödvändig, men man måste räkna med att fullt yrkeskunniga teknici representerade en synnerligen begränsad del av dessa.

Tandteknikernas krav att i socialt hänseende inrangeras som en auktoriserad yrkesgrupp anse sig kommitterade kunna understödja endast under den förutsättningen, att de inkorporeras som hjälpkrafter i tandvårdsverksamheten och gränserna för deras befogenhet klart fastställas av vederbörlig myndighet. Såsom skäl härför anföra kommitterade:

Statsmakternas fordran på legal kompetens hos tandläkaren kunde ingalunda anses framsprungen av någon önskan att åt tandläkarutövningen skapa någon privilegierad ställning utan måste anses dikterad av allmänhetens behov av skyddsåtgärder i en hälsovårdsangelägenhet. I och med legitimationen hade samhället till tandläkarna överlämnat ansvaret för den enskildes tandvård i hela dess omfång. Även om det tekniska laboratoriearbetet i praktiken kunde särskiljas från den övriga tandläkargärningen, hade det likväl ingen fristående uppgift utan måste anses innefattat i begreppet tandläkaryrket. Då tandläkaren sålunda utåt vore direkt ansvarig även för laboratoriearbetets utförande, vore en statlig legalisering av teknikerna som en fristående yrkesgrupp, medförande tvenne var för sig legaliserade grupper inom det gemensamma arbetsområdet, varken berättigad eller önskvärd.

Kommitterade hava till sist framlagt ett förslag till utbildning av tandtekniker i huvudsaklig anslutning till de principer, som gälla för yrkesskolorna. (2 års lärlingsutbildning + 1-årig påbyggnadsskola.)

Kommittén. Kommittén har givetvis endast att taga ställning till hithörande spörsmål i vad de hava betydelse för den allmänna tandvårdens utformande, alltså främst vad angår den uppgift, användning och ställning, som bör tillkomma tandteknikerna inom denna tandvård. På undervisningsfrågan anser sig kommittén med hänsyn till det tandläkarinstitutets lärarråd meddelade uppdraget icke böra ingå utan förutsätter, att denna angelägenhet ordnas i anslutning till den lösning av tandteknikerspörsmålen i övrigt, som på grundval av kommitténs förslag kan komma till stånd.

Kommittén vill då, i anledning av tidigare i ämnet gjorda framställningar och motioner, till en början framhålla, att kommittén — lika litet som förut hörda sakkunniga myndigheter — kan förorda sådana åtgärder, som skulle befrämja uppkomsten av en tandläkarkår med lägre kompetens vid sidan av den nuvarande. Det är lätt att inse de svårigheter, som skulle uppstå, när det gällde att i praktiken upprätthålla en fix gräns mellan de båda tandläkarkårernas kompetensområden. Härtill kommer, att den brist på legitimerade tandläkare, som tidigare varit rådande och utgjort ett av huvudskälen för nyssberörda framställningar, genom senare års avsevärt ökade rekrytering kan sägas hava helt bortfallit. Ovan återgivna, genom Sveriges tandläkareförbund verkställda utredning synes ock giva vid handen, att sam-

förstånd på denna punkt nu vunnits mellan tandläkarnas och tandteknikernas organisationer samt att man som grund för en vidare utveckling av tandvården i landet kan utgå ifrån, att tandteknikernas uppgift skall vara begränsad till den del av protestekniken, som utföres å laboratorium.

Av den verkställda utredningen framgår emellertid jämväl, att tandteknikerna även med denna begränsning hava en väsentlig uppgift att fylla inom en av det allmänna organiserad tandvård, främst med avseende å tandvården för vuxna. Den mekaniska rutin, som det moderna laboratoriearbetet kräver, och önskvärldheten av att i största möjliga utsträckning spara den i övrigt mera kvalificerade arbetskraft, som tandläkaren utgör, för det till munnen förlagda tandvårdsarbetet samverka till att för folktandvårdens del framkalla ett behov av tandtekniker. I praktiken kan uppenbarligen detta behov komma att gestalta sig olika i olika delar av landet, bl. a. beroende på tillgången av privatpraktiserande tandläkare och invånarnas möjligheter att utnyttja folktandvården. Vid den allmänna tandvårdens närmare utformning måste detta förhållande ock noga beaktas. Med den grund för landets indelning i tandvårdsdistrikt, som kommittén ansett sig böra föreslå (1 000 skolpliktiga barn per distrikt), kan emellertid användningen av tekniska hjälpkrafter icke förväntas komma att inverka på själva distriktsindelningen utan måste man inskränka sig till att för varje distrikt söka finna den lösning av tandteknikerfrågan, som under givna förhållanden kan befinnas mest ändamålsenlig. Då för barntandvårdens ombesörjande någon teknisk hjälpkraft knappast erfordras, synes det kommittén i princip riktigast, att kostnaderna för de tekniska hjälpkrafterna läggas å tandvården för vuxna (eller med andra ord folktandvårdstaxan), dock att till nedbringande av denna taxa kostnaderna för lokal och utrustning böra åvila vederbörande huvudman. Med beaktande av vad sålunda anförts finner kommittén rättvist och lämpligt, att de tekniska hjälpkrafterna, i den mån det är möjligt, inom folktandvårdens ram beredas en ekonomiskt skälig och i övrigt tryggad existens.

Ehuru med kommitténs utgångspunkt någon generell lösning av tandteknikerfrågan alltså icke står att vinna, kunna för olika typer av distrikt vissa allmänna riktlinjer i ämnet uppdragas. Sålunda kan den tekniska hjälpen enligt kommitténs uppfattning tänkas ordnad efter följande huvudsakliga grunder för ett större resp. mindre distrikt.

I ett större distrikt, varmed avses sådant, där två eller flera tandläkare måste anställas och minst en av dem kan beräknas få full sysselsättning med tandvård åt vuxna, torde som regel behov föreligga av en tandtekniker med hel arbetsdag. Detsamma gäller de fall, där en poliklinik har att tillgodose två eller flera distrikt. Kommittén vill i detta sammanhang framhålla, att den i tandläkareförbundets utredning angivna proportionen mellan tandläkare och tandtekniker (5:1) närmast avser förhållandena i Stockholm och mera kompetenta tekniker, vilka under sig ofta sysselsätta en eller flera lärningar. Beaktas må ock, att tandtekniker i större distrikt i viss utsträckning torde

kunna påräkna arbete jämväl från angränsande, mindre distrikt. För nu ifrågavarande fall kan tandteknikerfrågan uppenbarligen tänkas löst på det sätt, att vederbörande landsting mot full lön fast anställer det antal tekniker, som kan vara erforderligt för resp. polikliniker. Med hänsyn till svårigheten att beräkna den omfattning, i vilken folktandvården kan komma att utnyttjas och proteser bliva erforderliga, anser sig kommittén dock icke böra förorda denna anställningsform. I stället vill kommittén föreslå, att, åtminstone till dess nödig erfarenhet vunnits, landstinget mot kontrakt med exempelvis 6 månaders uppsägningstid anställer erforderligt antal tekniker och därvid garanterar dem viss minimiinkomst per år i form av grundlön på följande sätt.

För av tandteknikern utfört arbete erlägger vederbörande distriktstandläkare ersättning enligt en särskild taxa, som är avsedd att täcka kostnaden för tandteknikerns arbete. Av skäl, som tidigare anförts, böra nämligen lokal och utrustning bekostas genom resp. landsting, medan erforderlig materiel bör tillhandahållas av tandläkaren. Av taxeersättningen innehåller distriktstandläkaren för landstingets räkning viss procentuell andel, till dess grundlönen täckts. Resten utbetalas till teknikern. I den mån flera tandläkare anlita samma tekniker, bör all taxeersättning inlevereras till vederbörande poliklinikchef, som har att ansvara för ersättningens fördelning mellan tandteknikern och landstinget. Den för landstingets räkning innehållna andelen kan sedan lämpligen redovisas till landstinget en eller två gånger per år. I enlighet härmed skulle, om man utgår ifrån 3 600 kronor såsom skälig normalinkomst för en tandtekniker och grundlönen bestämmes till förslagsvis 1 800 kronor, vederbörande tandläkare lämpligen kunna tänkas innehålla 50 % av taxebeloppet, tills grundlönen ersatts landstinget, och därefter utbetala full taxeersättning till teknikern. Grundlönen utbetalas månadsvis, och om kostnaderna för densamma icke skulle komma att helt täckas, bör landstinget stå ansvaret för skillnaden. Skulle sådant inträffa ett flertal år i följd, få givetvis andra utvägar för tandteknikerbehovets fyllande tagas under övervägande (se nedan). Med ett dylikt system, vars genomförande ej borde behöva föranleda större praktiska svårigheter, skulle tandteknikernas anspråk på tryggare existens kunna i viss mån tillgodoses utan att det allmänna belastades med nämnvärda kostnader eller tandläkarnas rätt trädde för nära. Systemet skulle få sin praktiska tillämpning huvudsakligen i större städer (över 20 000 inv.) eller andra städer med folkrik omnejd. Ovan avsedda taxa bör utfärdas och fastställas av medicinalstyrelsen i enlighet med de beräkningar rörande kostnaden för olika tandteknikerarbeten, som ligga till grund för kommitténs förslag till folktandvårdstaxa för vuxna.

För mindre distrikt än ovan avses, där alltså behov av en tandtekniker med full arbetsdag à priori icke kan anses föreligga, ställer sig spørgsmålet mera svårlöst. I dessa distrikt torde man huvudsakligen ha två vägar att välja för tandteknikerbehovets tillgodosende. Den ena är, att landstinget

under enahanda villkor som beträffande större distrikt anställer en tekniker för två eller flera distrikt gemensamt samt att det tekniska arbetet inom dessa distrikt centraliseras till ett av distriktens polikliniklaboratorier. Den andra vägen är, att man — i likhet med vad 1928 års sakkunniga förordat — för varje distrikt, där så erfordras, anställer en kombinerad tandsköterska och tandtekniker. Båda sätten hava sina fördelar och nackdelar. Av en vid ett centrallaboratorium anställd tandtekniker kan man givetvis fordra större kvalifikationer än av en kombinerad tandsköterska-tandtekniker, varav i sin tur följer, att tandläkaren i det förra fallet principiellt skulle kunna avlastas mera tekniskt arbete än i det senare, där mera krävande protesarbete som regel torde få utföras av tandläkaren själv. Å andra sidan medför en centralisation av det tekniska arbetet en avsevärd omgång och kostnad för andra distrikt än det, där centrallaboratoriet är beläget. För färdigställandet av protes skulle nämligen ofta ett flertal transporter i vardera riktningen erfordras. Härtill kommer, att varje distriktpoliklinik under alla förhållanden måste ha tillgång till eget laboratorium för verkställande av erforderliga förarbeten och efterjusteringar samt för utförande av enklare protesarbeten i övrigt. För erhållande av en fullgod protes erfordras ock i åtskilliga fall ett intimt samarbete mellan tandläkare och tandtekniker. Med hänsyn härtill och då, på sätt kommittén nedan skall närmare utveckla, en distrikts-tandläkare icke lämpligen kan undvara hjälp av en tandsköterska, anser sig kommittén böra för ifrågavarande distrikts vidkommande i princip förordna anställande av en kombinerad tandsköterska-tandtekniker.

En dylik medhjälpare kan givetvis icke påräkna samma inkomst som en fullt utbildad tandtekniker av ovan antytt slag. Å andra sidan bör hon med hänsyn till den tekniska utbildning, hon förutsättes äga, åtnjuta högre inkomst än en vanlig tandsköterska. Utgår man i likhet med kommittén från att en fast anställd tandsköterska bör åtnjuta en minimilön av 1 800 kronor per år (jämte två ålderstillägg à 100 kr.) samt att denna lön bör utgå av allmänna medel, torde tandsköterskan-tandteknikerns inkomst böra fastställas till lägst 2 400 (resp. 2 600) kronor, varav ett belopp, motsvarande tandsköterskas lön, bör bestridas av det allmänna och återstoden, såsom representerande ren tandteknikerkostnad, av vederbörande distriktstandläkare. Av lämplighetsskäl synes beloppet i dess helhet böra som lön utbetalas av landstinget, som därefter avdrager det på tandläkaren ankommande delbeloppet från honom tillkommande ersättning för i skoltandvården tillhandahållen materiel. I den mån ifrågavarande medhjälpare mera stadigvarande tages i anspråk utöver den arbetstid, som kan komma att fastställas för en vanlig tandsköterska, förutsätter kommittén, att hon av tandläkaren i en eller annan form erhåller ersättning härför. I en del distrikt komma sannolikt, trots begagnande av övertid, svårigheter att uppstå för tandsköterska-tandtekniker att medhinna alla på henne ankommande göromål. För lättande av hennes arbetsbörda bör då lämpligen distriktstandläkaren på egen bekostnad anställa

ett sköterskebiträde att ombesörja enklare passning och göromål. I distrikt, där utvecklingen klart ådagalägger behov av en tandtekniker med full arbetsdag, bör uppenbarligen efter prövning av tandvårdsstyrelsen en sådan anställas på enahanda villkor som föreslagits för de större distrikten.

Kommittén vill slutligen tillägga, att man i vissa distrikt sannolikt får räkna med, att distriktstandläkaren själv hinner ombesörja allt erforderligt protesarbete. Detta gäller framför allt i ödemarksdistrikt, där anledning finnes till antagande, att tandvården för vuxna blir av särskilt liten omfattning. Vid tandvårdens genomförande bör därför viss försiktighet iakttagas även i fråga om anställandet av kombinerad tandsköterska-tandtekniker.

B. Tandsköterskorna.

Som tidigare antytts har i och med tandläkarkonstens utveckling behov uppstått av ännu en hjälpkraft, tandsköterskan. Förutom att tandsköterskan ökar tandläkarens arbetskapacitet genom rent passningsarbete, har framför allt det med tandkirurgiens utveckling och lokalbedövnings användning inom tandläkarkonsten följande kravet på aseptik i operationslokalen verksamt bidragit till att framkalla behovet av denna hjälpkraft. Utvecklingen härutinnan har gått mycket snabbt.

I 1917 års *betänkande om tandvård för skolungdomen* återfinnes ännu icke begreppet tandsköterska. Där medgavs visserligen, att tandläkaren i sitt arbete med tandvården hade behov av ett biträde för rengöring och desinficering av arbetsmaterial och förbrukningsartiklar samt att patienterna i vissa fall behövde hjälp med sköljningar och dylikt efter operationerna. Det framhölls ock, att i skoltandvården behovet av biträde åt tandläkaren skulle vara större än i vanlig tandläkarpraktik. Tanken på en särskilt för ändamålet utbildad kraft hade emellertid ännu icke uppstått utan förutsattes, att tandläkaren i åtskilliga fall skulle kunna erhålla erforderlig hjälp av någon person på den plats, där han för tillfället uppehölle sig.

I *betänkande om tandläkarundervisningens omorganisation av år 1920* upptogs däremot tandsköterskans verksamhet och utbildning till ingående behandling (betänkandet, sid. 147). De sakkunniga, som bestämt togo avstånd från framkomna förslag att åt tandsköterskorna överlämna vissa ingrepp å patient, föreslogo en utbildningskurs för tandsköterskor på 10 månader, uppdelad i dels 6 månaders elevtjänstgöring å en för ändamålet lämpad skoltandklinik, dels 4 månaders kurs vid en tandläkarhögskola eller annan lämplig fullständig tandvårdsinrättning. Under tjänstgöring å skoltandkliniken skulle eleven huvudsakligen undervisas i vad som rörde:

- 1) allmänna hygieniska förhållanden i operationslokalen, rengöring och sterilisering av utensilier och instrument, aseptik och antiseptik;
- 2) i tandvårdsarbetet använda instrument och fyllnadsmaterial, deras sammanställning, uppgift och användning;

3) för lokalbedövning använda ämnen och lösningar, deras tillredning och dosering;

4) den personliga tandhygienien samt härvid lämpliga profylaktiska åtgärder;

5) assistens åt tandläkaren samt övriga åtgärder, som lämpligen kunna överlämnas åt tandsköterskan för underlättande av tandvårdsarbetet;

6) expedition och journalföring.

Under den därpå följande fyramånaderskursen vid tandläkarhögskolan eller annan lämplig klinik borde genom såväl teoretisk undervisning som praktisk utbildning på olika tandvårdsavdelningar eleverna bibringas en vidgad kunskap på förenämnda områden. Härvid kunde även i viss utsträckning meddelas kunskap angående sjukliga förändringar och abnormiteter inom munområdet.

Tandsköterskeutbildning har sedermera från och med 1925 ordnats vid *tandläkarinstitutet* i enlighet med Kungl. Maj:ts bemyndigande. Institutets tandsköterskekurser, som ursprungligen omfattade en tid av omkring 6 månader, ha efter hand utvidgats. Enligt gällande föreskrifter, fastställda den 12 januari 1935 av universitetskanslern, skola årligen hållas två kurser med högst 8 elever i vardera, varje kurs omfattande en undervisningstid av 14 månader.

Undervisningen meddelas dels genom föreläsningar, dels ock under tjänstgöring å tandläkarinstitutets olika avdelningar. Teoretiska läroämnena äro:

a) anatomi och fysiologi, omfattande de första grunderna av cell- och vävnadslära samt huvuddragen av munhållans anatomi och fysiologi;

b) allmän kirurgi och tandkirurgi, omfattande

1) grunderna av läran om bakterier, infektion, aseptik, antiseptik samt sterilisation, sår och sårsläkning, inflammation, svulster och andra nybildningar;

2) huvuddragen av munhållans och tändernas kirurgiska sjukdomar och deras behandling samt metoder för lokal bedövning jämte i tandläkarverksamhet vanligast använda medicinska preparat;

c) tandfyllningskonst, omfattande huvuddragen av tändernas anatomi och fysiologi samt dentitionerna, karies, pulpasjukdomar, tand- och rotfyllningsmetoder, fyllningsmaterial, instrumentarium;

d) proteslära och tandreglering, omfattande huvuddragen av läran om proteser och deras framställande samt bettanomalier och deras behandling.

Tjänstgöringen å tandläkarinstitutets olika avdelningar avser att bibringa eleverna de praktiska färdigheter, som tillhöra tandsköterskeyrket. Eleverna äro under denna tjänstgöring pliktiga att utföra sköterskearbete, som är behöfligt för verksamheten vid ifrågavarande avdelning. I anslutning till den praktiska tjänstgöringen meddelas en kort kurs i journalföring. Plan för den teoretiska och praktiska undervisningens närmare anordning uppgöres av lärarrådet.

För inträde vid ifrågavarande kurser stipuleras inga speciella förkunskaper, dock äger den företräde, som avlagt studentexamen eller avgångsexamen från 8-klassigt läroverk för flickor eller som kan uppvisa en väl vitsordad utbildning i allmän sjukvård eller i tandvård.

I 1928 års betänkande har sköterskefrågan skärskådats speciellt ur folktandvårdens synpunkt. Enligt de sakkunnigas mening erfordrades för såväl skol- som folktandvården åt vuxna biträde av tandsköterskor, vilka för ändamålet erhållit särskild utbildning. Förutom passning åt tandläkaren och rengöring av instrument m. m. borde åt tandsköterskan uppdragas den profylaktiska behandlingen av mjölkänderna hos barn före skolåldern. Vidare kunde det ifrågasättas, huruvida icke tandsköterskan borde i mån av tid anlitas jämväl för rengöring av munnen och borttagande av tandsten. Härför vore dock ändring i gällande bestämmelser angående tandläkarkonstens utövning erforderlig. De vid tandläkarinstitutet ursprungligen anordnade utbildningskurserna om 6 månader syntes de sakkunniga vara i huvudsak tillräckliga för en tandsköterska som sådan. Med hänsyn till sitt förslag om användande av kombinerade tandsköterskor-tandtekniker i folktandvården föreslog de emellertid, att berörda kurser skulle kompletteras med den ytterligare utbildning, som nödvändiggjordes av deras anlitan för tandteknikerarbetet. Hela utbildningstiden borde dock icke utsträckas över 8 månader, varjämte kravet på förutbildning borde ställas så lågt som möjligt. Då kurserna närmast vore avsedda att fylla ett allmänt behov, borde de enligt de sakkunnigas mening vara avgiftsfria för eleverna. Antalet elever finge bero på behovet och möjligheten att bereda eleverna utrymme i kurserna.

Beträffande tandsköterskornas anställnings- och avlöningsförhållanden förordade de sakkunniga, att i distrikt av normaltyp, d. v. s. distrikt med fast anställd tandläkare och fast poliklinik, jämväl tandsköterskan borde fast anställas. Hon borde i så fall antagas av distriktsstyrelsen efter förslag av tandläkaren. Anställningen borde gälla tills vidare med tre månaders ömsesidig uppsägning. De fast anställda tandsköterskorna borde ha en fast lön, som normalt uppginge till 1 800 kronor jämte två ålderstillägg å vardera 100 kronor efter 5 och 10 års tjänstgöring. Dessutom borde dessa tandsköterskor beredas pension genom upptagning i statens pensionsanstalt.

I *yttrandena* över 1928 års betänkande har från tandläkarhåll framhållits angelägenheten av att framgå med synnerlig försiktighet i fråga om en eventuell utvidgning av tandsköterskans befogenhet att omfatta jämväl enklare tandbehandling, enär allmänhetens förtroende för folktandvården eljest lätt kunde riskeras. Skulle tandsköterskan kunna användas jämväl som tekniker, finge den föreslagna utbildningen härutinnan utvidgas samt inom kort anställas ytterligare en sköterska vid flertalet polikliniker. Medicinalstyrelsen förordade, med hänsyn till önskvärldheten att genom användande av billigast möjliga arbetskraft nedbringa omkostnaderna för folktandvården, att utredning i ämnet borde verkställas och att, därest enklare tandbehandling befundes kunna överlåtas till tandsköterskor, deras utbildning skulle i motsvarande grad utvidgas. Landstingsförbundet slutligen förmenade, att än större resultat skulle vinnas av den föreslagna tandsköterskeinstitutionen, om man utnyttjade sköterskorna i samma utsträckning som inom kroppssjukvården i övrigt.

Mot bakgrunden av vad ovan anförts torde behovet av tandsköterskor såsom hjälpkrafter i folktandvården icke behöva närmare motiveras. Det synes kommittén uppenbart, att en allmän tandvård av den omfattning kommittén föreslår och som främst tager sikte på barn under och före skolåldern icke kan undvara biträde av sköterska, därest tandläkarens kapacitet skall kunna effektivt utnyttjas. En dylik sköterskas främsta uppgift blir att vid polikliniken mottaga barnen och andra besökande samt beträffande dem vidtaga de förberedande åtgärder, som lämpligen kunna ifrågakomma till underlåtande av tandläkarens arbete. Bland annat bör hon se till, att barnen äro i möjligaste mån rena i munnen, och i samband därmed lämna erforderliga upplysningar om personlig mun- och tandhygien. I den mån lokalbedövning förekommer, bör hon ock — efter tandläkarens anvisningar — kunna tillreda härför erforderliga lösningar. Vidare bör hon ombesörja rengöring och sterilisering av instrument och utensilier samt under tandläkaren ansvara för de allmänna hygieniska förhållandena i operationslokalen. Härjämte bör hon biträda tandläkaren med erforderlig journalföring och enklare expeditionella göromål. I åtskilliga distrikt skulle hon tillika, på sätt kommittén i annat sammanhang närmare utvecklat, i viss utsträckning tjänstgöra som tekniker. Huruvida hon härutöver, i mån av tid, bör anförtros uppgifter, som falla inom ramen för enklare tandbehandling, såsom avlägsnande av beläggning å och polering av tänderna, är en fråga, vars besvarande enligt kommitténs uppfattning bör anstå i avvaktan på vidare erfarenhet och bedömas med en viss återhållsamhet.

Man torde alltså böra utgå ifrån, att för varje distrikt åtminstone en tandsköterska skall anställas. I distrikt eller vid poliklinik, där två eller flera tandläkare med full arbetsdag året runt tjänstgöra, bör minst motsvarande antal sköterskor hava anställning. Härutöver bör anställas det antal sköterskor, som erfordras för biträde åt förefintliga assistenttandläkare. Samtliga sköterskor böra antagas av tandvårdsstyrelsen i länet och deras tjänstgöringsförhållanden närmare regleras genom en av tandvårdsstyrelsen utfärdad, av medicinalstyrelsen godkänd instruktion. De för distriktstandläkarna avsedda sköterskorna torde — efter vissa övergångsår — som regel böra erhålla fast anställning med skyldighet att underkasta sig förflyttning inom länet, medan de för assistenttandläkarna avsedda sköterskorna — assistent-sköterskorna — endast böra anställas mot kontrakt på viss tid.

I fråga om de fast anställda sköterskornas löneförmåner ansluter sig kommittén till det förslag, som framlagts i 1928 års betänkande. Tandsköterskan skulle alltså i normala fall erhålla en årlig lön av 1 800 kronor jämte två ålderstillägg om 100 kronor efter 5 och 10 års tjänstgöring. I förhållande till distriktssköterskorna, som hava minst 3-årig utbildningstid och genom beslut av innevarande års riksdag tillförsäkrats en kontant minimilön å nämnda belopp jämte fri bostad, lyse, värme och tvätt, kan möjligen den för tandsköterska föreslagna lönen synas väl hög. Nuvarande tandsköterskor

åtnjuta emellertid i regel en lön, som överstiger den sålunda föreslagna. Ifrågasättas kan ock, huruvida icke en lön av 1 800 kronor (utan naturaförmåner) å åtskilliga orter i landet närmar sig existensminimum. Kommittén anser sig därför icke kunna förorda, att genomsnittslönen sättes lägre än till nyssnämnda belopp, landstingen obetaget att i anslutning till grunderna för sina övriga befattningshavares avlöning vidtaga de jämkningar, som påkallas av dyrortsförhållanden eller andra inverkan omständigheter. Som regel torde några naturaförmåner icke böra tillhandahållas av det allmänna. Detta utesluter givetvis icke, att, där tillgång till bostad finnes i samband med polikliniken, denna kan mot skälig ersättning upplåtas åt sköterskan. Jämte lönen bör tandsköterskan åtnjuta reseersättning för resor i tjänsten. Tillika böra tandsköterskorna, i likhet med distriktssköterskorna, beredas pension genom inträde i statens pensionsanstalt.

Assistentsköterskorna böra, med hänsyn till att de under sin tjänstgöring avses förvärva nödig kompletterande utbildning för erhållande av ordinarie befattning, åtnjuta något lägre lön än de ordinarie tandsköterskorna, förslagsvis 1 600 kronor per år. Härutöver böra de emellertid erhålla, förutom gottgörelse för resekostnader, viss ersättning för de extra kostnader, som åsamkas dem genom att de ofta få uppehålla sig å annan ort än stationsorten. Denna ersättning kan alltefter omständigheterna och landstingens beprövande bestämmas att utgå antingen med ett fixt belopp per år eller ock i form av dagtraktamente. Ersättning med fixt belopp torde med fördel kunna tillämpas, där assistentsköterskan beräknas komma att vistas längre perioder på ett fåtal orter och alltså kan träffa mera stadigvarande dispositioner för sitt uppehälle därstädes. En dylik fix ersättning synes kommittén som regel icke böra utgå med lägre belopp än 400 kronor per år.

Slutligen vill kommittén med anledning av nu gällande utbildningsplan för tandsköterskorna framhålla angelägenheten av att utbildningen för framtiden ordnas så, att tiden för den grundläggande, för alla tandsköterskor gemensamma utbildningen i möjligaste mån inskränkes. För de tandsköterskor, som jämväl önska utbilda sig till tandtekniker, bör i stället anordnas en särskild kompletteringskurs, åsyftande erforderlig kompetens i vanlig kautschukteknik och enkel metallteknik. Samtidigt måste plats beredas för ett ökat antal elever, särskilt under tiden för folktandvårdens genomförande, varjämte en nedsättning och omreglering av nuvarande kursavgifter bör tagas under överbäggande. Utredning rörande nu nämnda spörsmål synes lämpligen kunna verkställas av tandläkarinstitutets lärarråd i samband med frågan om tandteknikerundervisningens ordnande. I enlighet med det resultat, vartill denna utredning kan leda, torde medicinalstyrelsen böra medgivas rätt att meddela tillstånd till undervisningskursers anordnande även vid vissa större tandpolikliniker i landet. Tandsköterska, som erhållit utbildning vid någon av staten auktoriserad anstalt, bör vid tillsättandet av tandskötersketjänst i folktandvården äga företräde framför annan sökande.

Kap. 7. Tandvård vid vissa anstalter m. m.

Med det föregående har kommittén avhandlat sådan tandvård, som lämpligen kan utövas distriktsvis. Emellertid finnas inom samhället vissa kategorier, vilka av olika skäl icke utan vidare kunna inordnas i en distriktsorganisation av det slag, kommittén föreslagit. Kommittén syftar härvid i första hand på barn och vuxna, som lida av blindhet, dövstumhet, sinnesslöhet, fallandesjuka eller vanförhet, vidare på dem, som för längre eller kortare tid intagits å kropps- eller sinnessjukhus, och slutligen på dem, som av det allmänna omhändertagits för skyddsuppfostran eller ådömts frihetsstraff av längre varaktighet. Knappast någon av dessa grupper kan utan särskilda anordningar tillgodogöra sig den av kommittén föreslagna distrikts-tandvården. Å andra sidan synes det kommittén icke riktigt att lämna dem helt utanför en socialt ordnad tandvård. Kommittén skall därför nedan undersöka, i vilken omfattning och på vad sätt ifrågavarande kategorier må genom det allmännas försorg beredas erforderlig tandvård. I anslutning till tandvården å de egentliga sjukvårdsanstalterna skall kommittén till sist uppdraga vissa riktlinjer för utbyggandet av en specialisttandvård såsom överbbyggnad på den allmänna grundläggande tandvården.

A. Tandvård vid anstalter för abnorma, sinnesslöa, fallandesjuka och vanföra.

1924 års sakkunniga konstaterade, att genom vederbörande förvaltningars försorg tandvård redan blivit införd för klientelet vid åtskilliga av här ifrågavarande anstalter, varvid erforderlig tandvård enligt överenskommelse ombesörjts av viss tandläkare antingen i lokal vid själva anstalten eller å en för ändamålet upplåten skoltandklinik eller ock å tandläkarens egen motagningslokal. Med hänsyn härtill ansågo sig de sakkunniga hava skäl antaga, att efter hand som tandvård bleve mera allmänt införd i landets folkskolor, tandvård i erforderlig omfattning skulle komma till stånd för klientelet vid samtliga hithörande anstalter utan särskilt ingripande från det allmännas sida. De sakkunniga stannade därför vid att endast påpeka önskvärdheten av att en ordnad tandvård, omfattande jämväl behandling av tandskador, skulle komma barnen vid ifrågavarande anstalter mera allmänt till del.

I syfte att undersöka, om och i vad mån klientelet vid hithörande anstalter skulle kunna tänkas inordnat i den av kommittén föreslagna distriktsorganisationen, har kommittén i en särskild promemoria sammanställt vissa uppgifter angående dessa anstalter, avseende bland annat klientelet art och ålder, anstalternas storlek och belägenhet samt deras handhavande och finansiering. Promemorian finnes fogad vid detta betänkande som bilaga 9.

Av promemorian framgår, att ifrågavarande anstalter till sin allmänna be-

skaffenhet och läggning äro synnerligen olikartade. Medan för vissa anstalter ur de synpunkter, undersökningen avsett, några större hinder icke skulle möta att inordna dem i distriktsorganisationen, skulle åter för andra anstalter av samma eller liknande slag detta icke utan avsevärda olägenheter låta sig göra. Särskilt sinnesslöanstalterna erbjuda i detta hänseende stora olikheter. Härtill kommer, att åtskilliga anstalter redan anordnat tandvård för sitt klientel. Under sådana förhållanden anser sig kommittén icke kunna förorda, att tandvården för hithörande anstaltsklientel inordnas i distriktsorganisationen eller eljest inom någon för dem alla gemensam ram. Kommittén vill i stället föreslå, att staten för varje statlig anstalt anslår visst belopp till tandvård och till övriga anstalter lämnar visst bidrag per behandlat barn samt överlåter åt vederbörande anstaltsstyrelse att med iakttagande av vissa villkor och i övrigt efter föreliggande lokala omständigheter träffa erforderliga anstalter för beredande av den tandvård, klientelet art och omfattning påkalla. I vissa fall, särskilt vid större anstalter eller anstalter med svårbehandlat eller svårtransportabelt klientel, torde det merendels visa sig vara lämpligast att vid anstalten anordna en enkel tandklinik, försedd med motsvarande utrustning som föreslagits beträffande de ambulatoriska distriktpoliklinikerna, samt avtala med vederbörande distriktstandläkare eller annan tandläkare, att denne skall mot viss ersättning ombesörja tandvården därstädes. I andra fall, såsom beträffande dövstumma och vissa lättskötta sinnesslöa, kan det vara lämpligt att för ändamålet anlita någon närbelägen skoltandpoliklinik eller annan distriktstandpoliklinik å tider, då denna icke användes för sin egentliga uppgift. Det tillkommer härvid givetvis vederbörande tandvårdsstyrelse att tillse, att distriktpoliklinik icke upplåtes för ett klientel, som skulle avhålla andra från att besöka polikliniken. I åter andra fall kan tandvården bäst ombesörjas av någon privattandläkare å dennes mottagningslokal. I intet fall torde den avtalade ersättningen böra överstiga det belopp, som skulle utgå enligt den av kommittén föreslagna folktandvårdstaxan. För småbarn och barn i skolåldern har, i den mån tandvård för dem ombesörjts genom anstalten, hittills som regel ingen avgift uttagits. Starka skäl synas kommittén föreligga att låta hithörande barn även i fortsättningen komma i åtnjutande av fri tandvård. För vuxna torde däremot ersättning böra gäldas enligt folktandvårdstaxa, dock att tandvården för obemedlade personer å statliga anstalter — i överensstämmelse med vad kommittén i sitt betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket m. m. föreslagit beträffande motsvarande patienter å statens sinnessjuk- och sinnesslöanstalter — bör vara avgiftsfri. Kommittén anser sig härvid kunna förvänta, att i den mån asylfall förekomma, dessa som regel icke komma att beredas annan tandvård än som erfordras för avhjälpande av subjektiva besvär eller eljest kan anses förenlig med deras tillstånd. I övriga fall lär åtminstone beträffande barnen tandvården i regel böra avse fullständig sanering.

B. Tandvård vid skyddsuppfostringsanstalter och fängelser.

Ifrågavarande anstalter, som jämväl finnas redovisade i förenämnda bilaga 9, kunna ur tandvårdssynpunkt sägas intaga en liknande ställning som de under A. omförmälda anstalterna. För ett flertal skyddsuppfostringsanstalter är tandvårdsfrågan redan ordnad, antingen så att tandvård lämnas å lokal inom anstalten, å tillgänglig skoltandpoliklinik eller hos privat tandläkare. Även vid vissa större fängelser har tandvård ordnats genom avtal med privattandläkare, som till reducerad taxa utfört behandlingen, varvid ersättning som regel bestritts av fångarnas besparade arbetspremier. Med utgångspunkt härifrån förordade 1924 års sakkunniga för skyddsuppfostringsanstalternas del, att tandvård borde, i den mån så ej redan skett, beredas genom vederbörande anstaltsstyrelses försorg på något av nyss antydda sätt. I fråga om fängelserna gjorde de sakkunniga intet uttalande.

Vad först angår skyddsuppfostringsanstalterna, äro jäm- *Kommittén.*
väl dessa, såsom av bilaga 9 framgår, av tämligen olikartad karaktär och storlek. Mera bestämda riktlinjer kunna endast uppdragas för sådana skyddshem, som äro avsedda för landstingsområden eller icke-landstingsstäder. Tandvården för dessa anstalters klientel lärer nämligen som regel kunna ombesörjas å närmaste distriktspoliklinik å tider, då denna ej användes för sitt egentliga klientel. För övriga anstalter åter synes tandvården böra ordnas efter omständigheterna i varje särskilt fall. Med hänsyn härtill anser sig kommittén böra förorda, att staten — liksom beträffande de icke-statliga anstalterna under A — till samtliga ifrågavarande anstalter av icke-statlig natur lämnar visst bidrag per behandlat barn och överlåter åt anstaltsstyrelsen att ordna tandvården på lämpligaste sätt under iakttagande av vid statsbidragen fästa villkor. För den enda statliga anstalten — Bona — bör under enahanda villkor ett visst anslag ställas till styrelsens förfogande. Tandvården å samtliga anstalter bör vara avgiftsfri. Visserligen kunna härför icke åberopas lika starka skäl som beträffande det under A. härovan avsedda klientelet, men då det här så gott som uteslutande rör sig om barn från obemedlade eller mindre bemedlade hem, anser kommittén mest ändamålsenligt, att avgiftsfrihet föreskrives. Tandvården bör för klientelet i dess helhet avse fullständig sanering.¹

¹ Under tryckningen av detta betänkande ha skyddshemssakkunniga framlagt ett första betänkande med förslag till ny organisation av skyddshemmen. Däri uppdelas skyddshemmen för manliga elever i två huvudgrupper, varvid 15-årsåldern i allmänhet skulle vara gräns: skolhem föreslås för de yngre eleverna (20—30 platser) och nyupprättade yrkeshem för de äldre eleverna (50—60 platser). Beträffande kvinnliga elever föreslås skolhem för dem, som äro under 15 år, och hemskolor för de äldre. Enligt förslaget skulle skyddshemsverksamheten förstatligas med skolöverstyrelsen som tillsynsmyndighet. Skulle detta förslag vinna statsmakternas bifall, bör beträffande tandvården för skyddshemsklientelet i tillämpliga delar gälla vad ovan sagts om tandvård vid statliga anstalter.

Den tandvård, som för närvarande meddelas vid en del större fängelser, torde enligt vad under hand inhämtats från fångvårdsstyrelsen vara tillfyllest för resp. anstalters behov. En utvidgning av ifrågavarande tandvård till att omfatta flera anstalter synes dock önskvärd. Kommittén anser för sin del skäligt, att fångarna vid central- och straffängelser, där strafftiden uppgår till minst 2 månader, beredas möjligheter till tandvård, främst för avhjälpande av smärtor samt i övrigt i den omfattning, som erfordras för att fångens allmäntillstånd icke skall försämrast. För ändamålet torde avtal böra träffas med någon tandläkare på platsen att ombesörja tandvården mot högst folktandvårdstaxa. Som regel torde bli erforderligt att inrätta en enkel tandklinik å resp. anstalt, men det synes kommittén icke otänkbart, att tandvården för mindre anstalter med mera godartat klientel skulle kunna utan större olägenheter ombesörjas å privattandläkares egen mottagningslokal, givetvis under nödig bevakning. Kostnaderna böra i första hand täckas av fångarnas besparade arbetspremier. I den mån dessa ej förslå, synes staten böra träda hjälpende emellan och för ändamålet behövt anslag ställas till vederbörande anstaltslednings förfogande.

C. Tandvård vid egentliga sjukvårdsanstalter.

1924 års sakkunniga funno för sin del önskvärt, att en ordnad tandbehandling komme till stånd vid lasaretten, »tuberkulossanatorierna» och »hospitalen för sinnessjuka» för de där intagna patienterna. Beträffande »tuberkulossanatorierna» anfördes särskilt, att anordnandet av sådan tandvård för patienterna, som även omfattade botandet av förefintliga skador i tänderna, vore en angelägenhet av mycket stor betydelse; dessa patienter vistades i allmänhet jämförelsevis lång tid å sjukvårdsanstalten, och det vore av särskild vikt, att deras tänder befunne sig i ett gott skick, så att näringen kunde tillfredsställande tillgodogöras. I fråga om lasaretten betonade de sakkunniga önskvärdheten av att tandkliniker i den utsträckning, som funnes möjlig, inrättades därstädes och att dessa kunde stå öppna jämväl för andra än lasarettspatienterna. Men även för den händelse det sistnämnda icke skulle låta sig göra, vore det enligt de sakkunnigas mening av betydelse, att behandling för avhjälpande av tandskador anordnades för lasarettets egna patienter, i den mån tiden för deras vistelse på lasarettet lämnade utrymme därtill och deras sjukdomstillstånd därför icke lade hinder i vägen. På »tuberkulossanatorierna» och »hospitalen för sinnessjuka» kunde av naturliga skäl ej ifrågakomma att anordna tandpolikliniker, tillgängliga även för allmänheten.

Kommittén har genom en *enquête* sökt utreda, i vilken omfattning konserverande och protetisk tandbehandling under år 1934 meddelats vid våra *kroppssjukvårdsanstalter* och i vad mån sådan kan anses av behovet påkallad. Kommitténs *enquête* omfattar lasarett och därmed jämförliga sjuk-

hus, sjukstugor, sanatorier, tuberkulossjukstugor, kustsanatorier samt pensionsstyrelsens fristående kuranstalter i Nynäshamn, Tranås och Åre. Å en-
quêten ha ingått svar i tillräckligt antal för ett bedömande av berörda tand-
behandlings omfattning. Svar föreligga nämligen beträffande två av nämnda
anstaltskategorier (tuberkulossjukstugor och kustsanatorier) från 85 %—
90 % av resp. tillfrågade anstalter och i fråga om övriga fem anstaltskate-
gorier från 90 %—100 %. Däremot har en viss oenhetlighet gjort sig gäl-
lande vid svarens avfattande. En sammanställning av dessa synes dock i
stort sett utvisa följande.¹

Konserverande eller protetisk tandvård meddelades år 1934 vid 54 sjuk-
vårdsanstalter. Dylik vård lämnades vid 16 % av de lasarett och därmed jäm-
förliga sjukhus, som besvarat enquêten. Motsvarande procenttal äro för
sjukstugorna 4, för sanatorierna 29, för tuberkulossjukstugorna 30, för kust-
sanatorierna 67 samt för reumatikeravdelningarna vid lasarett och pen-
sionsstyrelsens fristående kuranstalter 100. I förhållande till s a m t l i g a
resp. anstalter bli procenttalen ifråga 15, 4, 28, 25, 57 och 100. Behandlingen
ifråga lämnades a) enbart eller huvudsakligen å anstalten, b) enbart eller
huvudsakligen å tandläkares vanliga mottagning (resp. i förekommande fall
å tandläkarinstitutet, Stockholms tandläkareförenings poliklinik för mindre
bemedlade och Göteborgs folkskolors tandpoliklinik) och c) till ungefärligt
lika antal å anstalten och å tandläkares vanliga mottagning, med följande
procentuella fördelning:

	a) %	b) %	c) %
Lasarett och därmed jämförliga sjukhus.....	40	47	13
Sjukstugor.....	67	33	—
Sanatorier.....	70	30	—
Tuberkulossjukstugor.....	7	93	—
Kustsanatorier.....	25	75	—
Rheumatikeravdelningar och fristående pensionsstyrelseanstalter....	—	100	—

Antalet tandextraktioner, tandfyllningar, protesarbeten, tandläkarkonsul-
tationer och mer komplicerade fall samt antalet patienter, beträffande vilka
tandläkare anlåtats för konserverande eller protetisk tandvård inkl. konsul-
tation, uppgives för de anstalter, där konserverande eller protetisk tandvård
meddelats, sålunda:

¹ Anm. Uppgifterna om lasarett och därmed jämförliga sjukhus inbegripa icke rheu-
matikeravdelningar vid lasarett, vilka med hänsyn till deras särställning redovisas i sam-
band med pensionsstyrelsens fristående anstalter. Uppgifterna om sanatorier inbegripa
sjukhuset S:t Görans medicinska tuberkulosavdelning och Löwenströmska lasarettets
tuberkulosavdelning.

av patienterna eller av kommunala medel och vid den tredje av anstaltens driftsmedel. För 9 av 10 sanatorier utgjorde kostnaderna c:a 23 500 kr.; de täcktes i 5 fall helt genom anslag av anstaltens huvudman och i 4 fall av huvudmannen till $\frac{2}{3}$ och av patienterna eller deras hemortskommuner till återstående $\frac{1}{3}$. I fråga om tuberkulossjukstugorna bestredos kostnaderna för 13 anstalter av patienterna eller av kommunala medel; i det fjortonde fallet uppgivas anstaltens kostnader till 66 kr., täckta av diverse-kontot. Vad angår kustsanatorierna ha kostnaderna i 1 fall angivits till 199 kr. men besked ej lämnats angående huru de blivit täckta; för de tre övriga fallen har meddelats, att resp. anstalter ej bekostat tandvård utan att kostnaderna täckts av patienterna jämte hemkommuner. För 2 reumatikeravdelningar vid lasarett och pensionsstyrelsens 3 fristående anstalter utgjorde kostnaderna c:a 32 000 kr. Beträffande pensionsstyrelsens samtliga 8 anstalter torde kostnaderna ha bestritts av styrelsen till fullo eller till huvudsakliga delen; i ett fall (kuranstalten i Tranås) ha 76 % av kostnaderna erlagts av pensionsstyrelsen och återstoden av patienterna. Beträffande vissa av pensionsstyrelsen angivna slag av sjukdomsfall, där särskilt stark medicinsk indikation föreligger, må tandvård helt bekostas av pensionsstyrelsen; i en del andra fall kan pensionsstyrelsebidrag utgå med $\frac{2}{3}$ av kostnaden.

Vad slutligen angår behovet av tandvård vid kroppssjukvårdsanstalter giver en sammanställning av de erhållna svaren det resultat, följande tablå utvisar.

Anstaltskategori	Tandläkare anses vid nedanstående antal anstalter				Besked ej lämnat beträffande följande antal anstalter
	behövlig	om icke direkt behövlig så dock önskvärd	obehövlig		
			enär hänvisning till tandläkare i orten kan äga rum	av annan orsak	
Lasarett och därmed jämförliga sjukhus..	39	9	31	11	5
Sanatorier.....	27	4	2	1	1
Kustsanatorier.....	5	—	1	—	—
			obehövlig		
Sjukstugor.....	13	7	48		9
Tuberkulossjukstugor.....	16	7	22		2
Rheumatikeravdelningar och fristående pensionsstyrelseanstalter.....	6	—	—		2
Summa	106	27	116		19

Ifråga om *sinnessjukvårdsanstalterna* må anföras följande.

Vid de större statliga sinnessjukhusen ha sedan ett flertal år vissa be-
lopp anslagits för tandvård åt obemedlade patienter, utöver de kost-

nadsfria extraktioner som läkarna verkställt. Tandvården ifråga har bestått av tandfyllning och annan tandbehandling, där sådan varit oundgängligen nödvändig för upprätthållande av ett gott fysiskt allmäntillstånd hos patienterna. Proteser ha sålunda i allmänhet ej bekostats från tandvårdsanslagen. De i staterna upptagna beloppen ha varit rätt blygsamma, om de också vuxit avsevärt under senare år. För vissa av de större statliga sinnessjukhusen fanns sålunda år 1925 ett förslagsanslag på 2 000 kronor för detta ändamål. Numera ha alla statens sinnessjukhus del i detta anslag, som under årens lopp vuxit till 13 200 kronor, varvid dock är att märka, att antalet vårdplatser sedan nämnda år vid ifrågavarande sjukhus ökats med c:a 50 % eller från 10 594 till 15 751. Anslagen variera i utgiftsposterna för budgetåret 1934/35 mellan 150 kronor och 1 000 kronor.

Vid samtliga statens sinnessjukhus utom tre har tandbehandlingen hittills meddelats hos enskilda tandläkare eller å tandpoliklinik i närmaste stad. Ersättningen har i allmänhet utgått efter reducerade taxor, i ett flertal fall enligt den av pensionsstyrelsen tillämpade. Den meddelade tandvården har varit betydligt mera omfattande än vad som kunnat bekostas med de i staterna anslagna medlen. Patienterna ha nämligen i rätt stor utsträckning själva bidragit med sina flitpengar, varjämte i ett icke ringa antal fall tillskott lämnats av anhöriga och kommuner.

Beträffande nyssberörda tre undantag gäller, att särskild tandklinik visserligen icke finnes inrättad vid resp. sjukhus men att möjligheter till tandbehandlings meddelande inom sjukhuset dock föreligga. Vid två av dem har tandvårdsutrustning anskaffats och avtal träffats med tandläkare, som i det ena fallet ersättes med 7 kronor per arbetstimme (sjukhuset tillhandahåller all tandvårdsmateriel) och i det andra fallet ersättes enligt den i staden gängse taxan men själv håller förbrukningsartiklar, vilket befunnits mera tillfredsställande. Vid det tredje sjukhuset har tandläkaren mottagning i en av sjukhusets apotekslokaler, varvid pensionsstyrelsens taxa tillämpas. Tandläkaren håller i detta fall både instrument och förbrukningsartiklar.

Vidkommande de k o m m u n a l a sinnessjukhusen anordnades tandvård först (år 1925) vid Stockholms stads sinnessjukhus vid Långbro. Denna ombesörjdes genom särskilt anställd tandläkare mot viss taxa. Sjukhuset höll lokal och instrument, men i övrigt bestreds kostnaden utom i vissa undantagsfall av patienterna själva. Sedermera har tandvård inrättats även vid andra större sinnessjukhus av hithörande slag. I staterna för Beckomberga, Långbro och Malmö östra sjukhus, vilka tillhöra Stockholms resp. Malmö stad, äro för närvarande upptagna belopp om tillsammans 6 600 kronor för tandvårdsändamål. Främst står Malmö med ett anslag av 4 000 kronor per år för 512 vårdplatser.

Vid ifrågavarande sinnessjukhus i Stockholm och Malmö finnas särskilda mottagningslokaler för tandläkare, som där ha mottagning vissa dagar i veckan. Ersättningen har beräknats olika, per styck eller per timme. Vad

Göteborgs nya sinnessjukhus Lillhagen angår har tandvården hitintills meddelats på stadens polikliniker i Göteborg, dit patienterna transporterats i sjukhusets bil. Kostnaderna ha gäldats av fattigvårdsstyrelsen. Mottagningslokal med behandlings- och väntrum för tandbehandling har emellertid inrymmts i en av de senast färdigställda paviljongerna, dit sjukhusets tandvård avses bli förlagd.

Den tandvård, som åsyftas i detta avsnitt, är såsom inledningsvis antytts *Kommittén*. närmast att jämställa med den tandvård, som enligt kommitténs förslag skulle komma att utövas i distriktstadvården. Den avser sålunda icke tandvård av mera kvalificerad art, ett ämne vartill kommittén återkommer i avsnitt D. Här ifrågavarande tandvård skulle alltså med hänsyn till dess art lika väl kunna utövas på distriktpoliklinikerna som på resp. sjukhus. Då kommittén det oaktat förordar särskilda anordningar för tandvård åt sjukhuspatienter, sker detta därför, att i ett ej ringa antal fall en konserverande tandvård kan vara av t. o. m. grundläggande betydelse för att sjukhusvården i dess helhet skall ernå största möjliga effektivitet. Detta sammanhänger väsentligen med två omständigheter. Den ena är, att en del sjukdomar i matsmältningsorganen otvivelaktigt kunna vara orsakade av att födan alltför dåligt förberedes på grund av ett bristfälligt tandbestånd; den andra omständigheten är, att den dentala härdinfektionen, d. v. s. av bakterier orsakade inflammatoriska processer kring tänderna, kan giva anledning till mångahanda olika sjukdomar, såsom reumatiska sjukdomar, hjärtsjukdomar, njursjukdomar och andra. Härtill kommer, att en konserverande tandvård är av stor betydelse vid sådana sjukdomar, som för sin behandling kräva ett höjande av allmäntillståndet genom riklig näring och där det därför är av vikt, att tandbeståndet icke företer sådana brister, som kunna anses medföra ett otillfredsställande tillgodogörande av födan.

Granskar man det resultat, vartill ovan återgivna utredning beträffande kroppssjukhusen lett, finner man ock, att redan under nuvarande förhållanden de sjukvårdsanstalter, där företrädesvis sådana sjukdomar behandlas, för vilka en konservativ tandvård är av särskild vikt, procentuellt sett äro rikligast företrädade. Den inbördes ordningen är nämligen följande:

- 1) pensionsstyrelsens reumatikeravdelningar och fristående anstalter,
- 2) sanatorierna och kustsanatorierna,
- 3) tuberkulossjukstugorna.

Härefter komma lasaretten och därmed jämförliga sjukhus och sist sjukstugorna.

Med hänsyn till vad sålunda anförts och av enquêten framgått anser kommittén, att möjligheter till tandvård böra i första hand beredas klientelet, förutom såsom nu vid samtliga reumatikeravdelningar och pensionsstyrelsens fristående kuranstalter, jämväl vid samtliga sanatorier, kustsanatorier och tuberkulossjukstugor. Härjämte böra lasarets- och sjukstugupatienter beredas tandvård i den omfattning, de medicinska indikationerna så fordra.

I intet fall bör dock tandvården få föranleda, att patienter, som eljest skulle kunna utskrivas, kvarhållas å sjukhuset. För tandvårdens meddelande torde främst alla sanatorier, kustsanatorier och lasarett böra förses med lämplig operationsstol, bormaskin och annan erforderlig utrustning, som icke lämpligen kan medföras av tandläkare, samt avtal om tandvårdens ombesörjande därstädes träffas med distrikts- eller annan tandläkare. Beträffande tuberkulossjukstugorna må beaktas, att beläggningen av dem framdeles är avsedd att äga rum genom eller i samråd med sanatorium. På tuberkulossjukstugor vårdade patienter torde därför i viss utsträckning redan ha fått erforderlig tandvård, när de intagas å anstalten. Skulle tandvårdsbehov uppstå under patientens vistelse å tuberkulossjukstuga, torde detsamma som regel kunna tillgodoses å närbelägen distriktspoliklinik eller hos enskild tandläkare jämlikt särskilt avtal. Vad slutligen angår sjukstugorna torde man för det stora flertalet av dessa kunna tänka sig tandvårdsfrågan ordnad på enahanda sätt, som sist antytts för tuberkulossjukstugorna. Med hänsyn till de relativt små engångskostnader, som en utrustning av ovan antytt slag drager, anser sig dock kommittén böra förorda, att där så undantagsvis på grund av lokala förhållanden må anses erforderligt, tuberkulossjukstuga eller sjukstuga förses med sådan utrustning och att avtal träffas med tandläkare om tandvårdens ombesörjande därstädes.

I fråga om formen för ersättning till tandläkaren utvisa svaren å förenämnda enquête, att ersättning enligt styckeberäkning är den vanligaste. Vid sjukhus, där endast ett fåtal fall per år förekomma, är denna ersättningsform säkerligen även mest praktisk och ekonomisk. Vid sjukhus åter, där behovet av tandvård är mera omfattande, vill kommittén förorda, att ersättning företrädesvis bestämmes att utgå i form av fast arvode. En lämplig form kan ock vara, att en del av ersättningen utgår med fixt belopp såsom gottgörelse för att tandläkaren står till anstaltens disposition och utför ett visst minimiarbete, medan vad tandläkaren härutöver presterar ersättes enligt folktandvårdstaxa.

Tandvård av sådan beskaffenhet, att den anses väsentligen bidraga till återställande av hälsan, bör icke föranleda särskild kostnad för den behandlade. I den mån annan tandvård meddelas, bör ersättning utgå enligt folktandvårdstaxan.

Vad härefter angår sinnessjukvårdsanstalterna synes klientelet därstädes böra beredas möjlighet att erhålla den tandvård, som erfordras för upprätthållande av ett gott allmäntillstånd. För nämnda ändamål torde statens och de därmed jämställda sinnessjukhusen i Stockholm, Göteborg och Malmö böra förses med sådan enkel utrustning, som ovan förordats beträffande kroppssjukvårdsanstalterna. För de kommunala sinnessjukhusen däremot, som äro avsedda att nedläggas efter hand som statens sinnessjukvård utbygges, torde någon tandvårdsutrustning icke böra anskaffas i andra fall än där de äro av större omfattning och framdeles skola om-

bildas till vårdhem. Tandvårdsbehovet för patienterna å de mindre vårdhemmen torde kunna tillgodoses vid distriktspoliklinik eller genom avtal med privatpraktiserande tandläkare. Det synes kommittén lämpligt, att obemedlade patienter å statens och därmed jämställda sinnessjukhus erhålla erforderlig tandvård på huvudmannens bekostnad. För andra sinnessjuka lärers kostnaden för den relativt enkla tandvård, som här meddelas, böra inräknas i dagavgiften. I övrigt bör i tillämpliga delar gälla vad ovan anförts beträffande kroppssjukhusen.

Spörsmålet, huruvida å sjukvårdsanstalter inrättade tandkliniker böra stå öppna jämväl för andra än anstaltsklientelet, har betydelse endast för lasaretten och sjukstugorna, enär såväl tuberkulossjukvårdsanstalterna som sinnessjukvårdsanstalterna icke gärna kunna komma i fråga i detta hänseende. Å orter med lasarett eller sjukstuga torde emellertid folktandvårdsintresset i övervägande antalet fall komma att bli så väl tillgodosett genom de av kommittén föreslagna distriktstandpoliklinikerna, att fråga endast undantagsvis behöver uppkomma om sjukhusets användande för utomståendes tandvårdsbehov. Denna fråga får då lösas med hänsyn tagen till föreliggande lokala omständigheter.

D. Specialisttandvård.

Såsom tidigare framhållits äro distriktspoliklinikerna i första hand avsedda för meddelande av tandvård åt barn upp till och med 14 år. Det vårdbehov, som här föreligger, utgöres till ojämförligt största delen av konserverande tandbehandling, tandfyllningar. I viss utsträckning skola emellertid samma polikliniker tillgodose även den vuxna befolkningens tandvårdsbehov, i vad detta avser konserverande behandling av skadade tänder och ersättning av redan förlorade tänder samt den allmänna behandlingen av munhålans och tändernas sjukdomar. Utrustningen av distriktspoliklinikerna bör givetvis anpassas efter de uppgifter, som det sålunda tillkommer poliklinikerna att fylla. Detta utesluter ingalunda, att en fullgod tandvård skall kunna där meddelas, men man måste städse ha klart för sig, att distriktspoliklinikernas kapacitet både i avseende på utrustning och personal endast kommer att motsvara det grundläggande tandvårdsbehovet. De kunna därför icke tillgodose fall, vars behandling erfordrar speciell utrustning eller specialutbildning hos personalen.

Till denna grupp höra främst de tandkirurgiska fallen. Tandkirurgien omfattar bl. a. den kirurgiska behandlingen av tändernas, tandköttets och käkarnas sjukliga förändringar, de senare i den mån de ha samband med tänderna och uttagning av tänder, ävensom utmejsling av frakturerade tänder och i käkarna kvarliggande (retinerade) tänder. De mer komplicerade ingreppen av hithörande art kräva oftast sådana specialkunskaper hos tandläkarna och sådant specialinstrumentarium, att de rimligtvis icke kunna ut-

föras vid varje distriktspoliklinik. Förhållandet är detsamma i privattandvården, varför distriktstandvården i detta avseende icke kommer att intaga någon undantagsställning. Beredandet av vårdmöjligheter för ifrågavarande fall är emellertid för folktandvårdens vidkommande en sak, som icke bör skjutas åt sidan, och kommittén skall därför nedan till prövning upptaga, vilka anordningar som utanför ramen för den ordinarie distriktstandvården kunna finnas nödvändiga och lämpliga för tillgodoseendet av hithörande tandvård.

Dessförinnan vill kommittén emellertid framhålla, att möjlighet till röntgenundersökning numera är en nödvändig förutsättning för tandläkaren såväl i diagnostiskt syfte som för kontrollerandet av vissa terapeutiska åtgärder. Röntgendiagnosen kan icke ersättas med andra undersökningsmetoder, enär de tillstånd, som skola diagnostiseras, ofta äro dolda i käkarna och icke påvisbara annat än med röntgengenomlysning. Kontroll å utförd behandling är betydelsefull särskilt vid rotfyllning av tänder. Röntgenkontroll ger här svar på frågan, om rotfyllningen är tekniskt tillfredsställande, ett förhållande, som icke på annat sätt kan bedömas och som är en ofrånkomlig förutsättning för att dentala infektionshärder icke skola uppstå. Äro åter infektionshärder förhanden, utgör röntgenundersökningen den enda vägen att kontrollera behandlingens effekt, som bör vara att härden försvinner. Med hänsyn härtill skulle det vara önskvärt att förse varje distriktspoliklinik med ett för röntgenundersökning erforderligt instrumentarium. Frågan är emellertid, om flertalet tandläkares insikter i dental röntgendiagnostik stå på den nivå, att full effektivitet härigenom skulle vinnas. Av ekonomiska skäl torde en sådan lösning dessutom icke för närvarande vara att tillråda. Andra vägar måste därför sökas för att tillgodose distriktspoliklinikernas behov av röntgenundersökningar.

Anordningar utom ramen för den ordinarie distriktstandvården äro sålunda erforderliga såväl för tillgodoseendet av det tandkirurgiska vårdbehovet som för erhållande av nödiga röntgenundersökningar. Då landstingen avses bli huvudmän för distriktstandvården, synes det kommittén ligga nära till hands att centralisera behandlingen av de tandkirurgiska fallen till lasaretten och samtidigt bereda distriktspoliklinikerna möjlighet att därstädes få erforderliga röntgenundersökningar utförda. Önskvärt vore givetvis, om för ändamålet kunde å varje lasarett anställas en jämväl för andra än lasarettets egna patienter tillgänglig tandläkarspecialist. Detta torde emellertid möta vissa svårigheter, främst av ekonomisk innebörd. Kostnaden för avlönande av en dylik specialist torde nämligen, i den mån den icke täckes med behandlingsavgifter, få komma att helt åvila landstingen. Tillgången på specialister av hithörande slag är måhända ej heller så stor, att den medger anordnande av tandkirurgisk behandling vid varje lasarett. Kommittén inskränker sig därför till att förorda, att landstingen vid centrallasaretten och i varje fall vid minst ett lasarett inom varje landstingsområde bereda

tillfälle till sådan behandling och undersökning, varom här är fråga. För ändamålet torde det vara nödvändigt att inrätta ett särskilt undersöknings- och operationsrum med specialutrustning. Erforderliga röntgenundersökningar kunna däremot utföras vid lasarettets röntgenavdelning, varvid patienten först bör passera tandläkaren. Den medicinska röntgenapparaturen torde dock i allmänhet vara mindre lämpad för undersökning av tänder. Då en tandröntgenapparat numera ej behöver draga större kostnad än 3 500 kronor, anser sig kommittén böra förorda, att ifrågavarande lasarett även förses med en speciellt för tänder avsedd röntgenutrustning.

I detta sammanhang må erinras, att kommittén i sitt huvudbetänkande¹ berört frågan om behandlingen av vissa tand- och käkkirurgiska fall, vilka fordra behandling av såväl kirurg som tandläkare. De fall, som därvid närmast avses, utgöras antingen av brott å käkarna med större eller mindre förskjutningar av brottstyckena eller ock av svulstbildningar i käkarna, vilka kräva avlägsnande av käkben och tänder. Kommittén anför i denna del bl. a., att vid brott å käkarna för en tillfredsställande läkning kräves, att brottstyckena noggrant anpassas till varandra och kvarhållas i detta läge under viss tid, samt att detta i svårare fall bäst kan ske genom ett tekniskt förfarande, med vilket tandläkaren är mera förtrogen än kirurgen. Kommittén framhåller vidare, att för efterbehandling vid operationer för svulstbildningar i käkarna en sakkunnigt utförd protesbehandling har en avgörande betydelse, då det gäller att förebygga ett vanställande utseende samt förbättra tal- och tuggningsförmågan. Behandling av hithörande fall kräver sålunda ett samarbete mellan kirurg och tandläkare för vinnandet av ett tillfredsställande resultat.

För att erhålla närmare kännedom om rådande förhållanden och vunna erfarenheter på förevarande område har kommittén, såsom av huvudbetänkandet framgår, anordnat en enquête i ämnet. Denna gav vid handen, att frekvensen av här avsedda fall, vid vilka tandläkare anlåtats, år 1931 uppgått till omkring 140, fördelade på 32 lasarett. Mest omfattande hade samarbetet varit vid allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, där antalet fall uppgått till 40. Vid det stora flertalet sjukhus syntes samarbetet och ersättning för lämnat biträde ha ordnats från fall till fall; endast vid 13 sjukhus hade avtal träffats om mera stadigvarande samarbete. I fråga om det lämpligaste sättet att ordna samarbete för ifrågavarande ändamål ha flertalet lasarettsläkare, som därom yttrat sig, förordat en fastare organisation blott vid de större sjukhusen, i regel ett i varje landstingsområde. Härvid har från olika håll påpekats, att ett gott vårdresultat uti hithörande fall förutsatte specialutbildning hos såväl kirurgen som tandläkaren samt därjämte en speciell erfarenhet. Ett ej ringa antal lasarettsläkare ha emellertid uttalat sig för ett organiserat samarbete vid varje lasarett under framhållande av svå-

¹ Stat. off. utr. 1934: 22, sid. 85.

righeterna att transportera allvarligare fall av käkskada ävensom den långa polikliniska efterbehandling, som hithörande fall mången gång fordra.

Kommittén anslöt sig för sin del till den uppfattningen, att organisatoriska åtgärder för tryggande av samarbete mellan kirurg och tandläkare uti hithörande fall borde ifrågakomma endast vid de större sjukhusen. Kommittén medgav, att såväl transportsvårigheter som en ofta långvarig konvalescens talade emot en sådan anordning, men ansåg, att avgörande betydelse måste tillmätas de skäl, som åberopats till förmån för en centralisering av vården. I enlighet härmed föreslog kommittén, att ett samarbete av antydd art i första hand borde anordnas vid universitetsklinikerna samt de stora sjukhusen i Stockholm, Göteborg och Malmö. Kommittén ansåg det emellertid uppenbart, att från dessa centra mer avlägset liggande landstingsområden vore i behov av tillgång till specialvård vid närmare belägna större sjukhus, men var vid detta tillfälle icke beredd att framlägga någon plan härför.

Frågan har nu, då den ses ur tandvårdssynpunkt, kommit i ett delvis annat läge. Kommittén syftar härvid på sitt ovan gjorda uttalande rörande tillgodoseendet av den specialisttandvård, som erfordras för distriktstandvårdens klientel. Det synes nämligen ligga nära till hands att vid samma lasarett, som ifrågasatts för behandling av de rent tandkirurgiska fallen, d. v. s. främst centrallasaretten, tillgodose det behov av samarbete mellan kirurg och tandläkare, som är önskvärt för behandling av käkfrakturer samt för protetisk efterbehandling av för svulster i käkarna opererade fall. Beträffande de sistnämnda fallen kan särskilt anföras, att även om hithörande kirurgiska ingrepp bli centraliserade till vissa större sjukhus, det dock skulle vara en betydande fördel för patienterna att kunna erhålla den protetiska behandlingen närmare hemorten, enär proteserna på grund av skrupning av käkarna behöver en ständigt återkommande tillsyn och efterjustering. Kommittén vill därför förordna en anordning av här antydd innebörd. Att specialisttandläkare, där sådan anställts, jämväl bör ombesörja den ur medicinsk synpunkt erforderliga tandvården för lasarettets inneliggande klientel finner kommittén självfallet.

Med hänvisning till vad som sålunda anförts skulle den vid centrallasaretten anställde specialisttandläkaren, »lasarettstandläkaren», komma att få följande uppgifter. Först och främst skulle han utgöra remissinstans för behandling av mer komplicerade tandkirurgiska fall, tillhörande länets distriktstandvårdsklientel. Vidare skulle han ombesörja för länets distriktstandvård erforderlig röntgenundersökning. Slutligen skulle han tillgodose lasarettets eget behov av käkprotetisk och käkortopedisk vård samt stå till förfogande för konsultation rörande inneliggande patienter och för behandling av deras tänder och munhåla, i den mån så erfordrades för ernående av det med sjukhusvården avsedda ändamålet. — Ifrågavarande såsom specialisttandläkare eller »lasarettstandläkare» betecknade befattningshavare

få ej förväxlas med till andra lasarett knutna tandläkare, som ha att på medicinsk indikation tillgodose det enkla, grundläggande tandvårdsbehovet för ineliggande patienter. Sådan tandläkare skall som regel icke mottaga remisser från distriktstandvården.

Kommittén anser sig här ock böra något beröra frågan om behandlingen av kluven gom hos barn, närmast såsom en komplettering till kommitténs i huvudbetänkandet gjorda uttalande i ämnet. Kommittén har där framhållit, att vissa skäl otvivelaktigt talade för träffande av särskilda anstalter för behandlingen av ifrågavarande för individen ytterst menliga missbildning. På grundval av företagen utredning har kommittén i fråga om förekommande behandlingsmetoder ansett sig böra förorda vidgad användning av operationsförfarandet, under det att protesbehandlingen ställts i andra rummet. Dylik behandling skulle endast förekomma, där operation av en eller annan anledning icke kunde ifrågakomma eller ej lett till resultat. Enär den kirurgiska behandlingen vore svår att utföra och antalet fall icke överstege 100 per år, har kommittén som sin uppfattning uttalat, att ifrågavarande specialvård borde koncentreras till ett fåtal anstalter, helst belägna å orter, där möjligheter förefunnes till talundervisning för de opererade. Såsom dylika orter föreslås Stockholm och Göteborg, vilka ha tillgång till kirurgisk avdelning å barnsjukhus. Kommittén har vidare berört de ekonomiska förutsättningarna och framhållit, att kostnaderna böra huvudsakligen bestridas av statsmedel.

I anslutning härtill vill kommittén nu, efter överläggningar i ämnet med sin på tandvårdsområdet speciellt sakkunnige ledamot, framhålla, att på grund av de förträngningar i käkarna, som alltid förefinnas i opererade fall, dessa kräva ständig övervakning av tandläkare för att man skall bli i tillfälle att i rätt tid påbörja den dental-ortopediska behandling, som är nödvändig för att rätta tändernas ställning samt upphäva eller motverka käkarnas tendens till förträngning. Om denna förträngning icke behandlas, uppstå lätt svårigheter eller oförmåga att tugga, samtidigt som talförmågan hämmas. Vidare ökas tandsönderfallet genom tandkaries på grund av den bristande funktionen och otillfredsställande naturliga rengöringen, varjämte med förträngningen ofta följa stora svårigheter att utföra ersättning för tänderna, när de en gång förloras. I än högre grad föreligger behov av övervakning genom tandläkare i de ej opererade fallen. Individen är i dessa fall i hög grad beroende av sina tänder för protesens fasthållande.

I den mån barnen undervisas i vanliga skolor, kunna de givetvis bli delaktiga av skoltandvården. Den dental-ortopediska såväl som den protetiska behandlingen av hithörande fall är emellertid svår att utföra samt kräver speciell utbildning och erfarenhet. Kommittén finner därför starka skäl tala för att anordningar för odontologisk specialvård av ifrågavarande slag träffas vid de sjukvårdsanstalter, dit den kirurgiska vården av barn med kluven gom föreslagits skola förläggas, d. v. s. kronprinsessan Lovisas

vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm samt Göteborgs barnsjukhus. Frågan om behandlingen av dessa barn torde emellertid böra i sin helhet göras till föremål för närmare utredning, innan definitiva åtgärder träffas.

Till sist några ord om behandlingen av deformerade käkar och oregelbundet stående tänder. Behandlingen av sådana deformiteter har ingalunda enbart ett kosmetiskt syfte utan är många gånger nödvändig för att bettet skall erhålla en normal utveckling. Att detta är av stor betydelse ur såväl funktionell som sjukdomsförebyggande synpunkt har i kap. 3 närmare utvecklats, liksom ock att en normal utveckling av bettet i sin mån bidrager till att förekomma tändernas förtidiga lossnande. Hithörande fall äro ofta svårbedömliga, deras behandling fordrar viss specialutbildning och stor erfarenhet, och behandlingsformerna äro i allmänhet kostsamma. De kunna därför som regel icke för närvarande beredas plats inom den ordinarie behandlingsplanen. Genom att ingripa i tid kan man emellertid med relativt enkla medel i betydande utsträckning förebygga uppkomsten av svårare bettanomalier. Viktigt är därför, att blivande skoltandläkare förvärva sådana kunskaper, att de kunna på ett tidigt stadium diagnosticera begynnande bettanomalier och genom enkla åtgärder i görligaste mån trygga en normal bettutveckling.

Grundläggande undervisning i tandregleringskonst meddelas numera alla tandläkarelever. Möjligheterna att förvärva klinisk träning å området hava däremot hittills varit begränsade. Erforderlig kompetens för behandling av hithörande fall innehaves därför endast av ett fåtal specialister. Emellertid föreligger för närvarande förslag till utökning av den kliniska verksamheten på barntandvårdens område, genom vilket här berörda brist skulle komma att i väsentlig omfattning avhjälpas. När Eastmaninstitutet i Stockholm inom kort träder i verksamhet, torde även där vissa möjligheter till klinisk utbildning å området komma att beredas. Man torde därför kunna förvänta, att nödig kunskap och träning i tandregleringskonst framdeles skola bli mera allmänt förekommande hos tandläkarna. Härmed ökas uppenbarligen möjligheterna för meddelande av erforderlig dental-ortopedisk vård inom ramen för distriktstandvården. Såsom distriktstandvården i kommitténs betänkande utformats, kommer en sådan utveckling icke heller att medföra någon väsentlig kostnadsökning för det allmänna. Inordnandet av dental-ortopedien såsom en gren av distriktstandvården torde förty kunna och böra uppställas som ett framtidsmål. I syfte att påskynda denna utveckling kan det måhända vara lämpligt att sedan den kliniska undervisningsverksamheten på ifrågavarande område hunnit stadga sig anordna särskilda kurser i ämnet för distriktstandläkarna. För att under tiden de mest trängande fallen icke skola lämnas helt utan hjälp synes det kommittén önskvärt, att distriktstandläkarna redan från början beredas möjlighet att konsultera de tandläkare, som må komma att anställas vid ovan nämnda sjukvårdsanstalter för behandling av barn med kluven gom. Alter-

nativt torde avtal kunna träffas med ortodontisk institution eller specialist att mot arvode stå till förfogande såsom konsulterande ortodontist för behandling av i distriktstandvården ingående barn.

Vad i detta kapitel sagts om behovet av specialisttandvård såsom komplement till distriktstandvården gäller uppenbarligen även för den med distriktstandvården jämställda tandvård, som föreslagits skola meddelas vid härovan under avsnitten A—C omförmälda anstalter.

Kap. 8. Tandvårdens centrala ledning och inspektion.

1924 års sakkunniga ha i sitt betänkande uttalat sig för att kontroll över folktandvården borde utövas genom statens försorg. De ansågo emellertid icke erforderligt att härför tillskapa en särskild institution med fast anställda inspektörer utan förordade, att allteftersom under medverkan av det allmänna tandvård för folkskolebarnen anordnades inom ett eller flera skol- eller tandvårdsdistrikt i ett län, Kungl. Maj:t skulle på förslag av länsstyrelsen förordna för ett år åt gången en erfaren och intresserad, helst inom länet bosatt tandläkare att utöva tillsyn och kontroll över denna tandvård. Inspektionen borde utföras efter vissa av medicinalstyrelsen givna föreskrifter, lika för alla inspektörer. Inspektör skulle åtnjuta arvode samt ersättning för resekostnaderna enligt allm. resereglementet, förslagsvis klass II D. Kostnaderna för inspektionen borde helt bäras av statsverket. Med en medelkostnad för län och år av 5 000 kr. och alltså för riket i dess helhet 120 000 kr. per år, i början mindre och efter hand mera, kunde man beräkna att åtminstone under den närmaste framtiden få en erforderlig inspektion till stånd. Tillsyn över statsunderstödd tandvård borde även tillkomma vederbörande tjänsteläkare. Den, som i medicinalstyrelsen företrädde tandvårdsärendena, borde ock erhålla befogenhet att efter styrelsens förordnande verkställa inspektioner av folktandvården.

I yttrandena över de sakkunnigas betänkande hava från flera håll erinringar framställts emot den föreslagna inspektionen. Sålunda uttalade medicinalstyrelsen, att inspektionen lämpligen kunde anordnas genom styrelsens försorg och att de allvarligaste ansträngningar borde göras för att hålla omkostnaderna för densamma väsentligt under den nivå, de sakkunniga räknat med. Tandläkarinstitutets lärarråd förmenade ock, att en fast anställning av inspektörer kunde tänkas bli en mer effektiv och även mindre kostsam åtgärd för tandvårdsinspektionen än det av folktandvårdssakkunniga föreslagna kontrollsystemet. Även statskontoret och svenska landstingsförbundets styrelse uttalade starka betänkligheter emot den förordade inspektionen och kontrollen dels av finansiella skäl, dels enär värdet av en sådan inspektion knappast komme att svara mot statsverkets utgifter härför.

En övervakning av folktandvården bör enligt kommitténs mening lämpligen ske efter två sammanlöpande linjer: a) genom ett noggrant rap- Kommittén.

portsystem och b) genom direkt inspektion av de olika tandläkarnas arbete. Det må härvid påpekas, att ett väl planlagt rapportsystem är ägnat att giva en mycket tillförlitlig uppfattning om den på de olika orterna utövade verksamheten. Härigenom kan först och främst erhållas besked om de behandlade patienternas numerär, antalet behandlade tänder samt antalet och arten av de utförda operationerna, allt beträffande såväl förstagångsbehandlade som s. k. revisionsbarn. Ur rapporterna kan även utläsas frekvensen av karies å olika orter, vilket är av stor betydelse. En jämförelse mellan de fortlöpande rapporterna giver de ej mindre viktiga upplysningarna om utförda efterbehandlingar. Genom att sammanställa dessas antal och art med primärbehandlingarna kan granskaren få en ganska god överblick över de sistnämndas utförande samt få sin uppmärksamhet riktad på säregna förhållanden beträffande tandbeståndet inom vissa distrikt m. m. Rapportsystemet tjänar sålunda icke endast rent statistiska syftemål utan fastmera att giva den myndighet, som har överinseende över folktandvården, en praktiskt betydelsefull ledning för övervakningens lämpliga ordnande. Genom en ingående granskning av rapporterna kan behovet av lokala inspektioner ävenledes starkt begränsas. I viss utsträckning måste emellertid dylika inspektioner komplettera rapportsystemet, om full effektivitet skall uppnås. Det må härvid framhållas, att de lokala inspektionerna på grund av tandvårdens, särskilt barntandvårdens, natur kunna giva en bättre ledning för ett bedömande av behandlingens utförande än vad fallet är på flertalet andra områden, där inspektion av medicinsk verksamhet förekommer.

Mot bakgrunden av vad sålunda anförts och då största möjliga enhetlighet i den allmänna tandvårdens genomförande och bedrivande bör eftersträvas, synes det kommittén önskvärt, att en åtminstone i huvudsak centraliserad ledning och inspektionsverksamhet å ifrågavarande område kommer till stånd. Denna ledning och verksamhet kan lämpligen knytas till medicinalstyrelsen, inom vilken den bör företrädas av en för ändamålet lämplig tandläkare med förfarenhet i organisationsfrågor. Med hänsyn till vikten av hithörande ärenden bör denne tandläkare erhålla en ställning, som motsvarar byrådirektörs grad i statens verk. Förutom handläggningen av byråärendena bör viss inspektionsskyldighet åligga byrådirektören. Därigenom skulle bl. a. vinnas, att han komme i närmare kontakt med folktandvårdens praktiska utövande. Huvudparten av tandvårdsinspektionen måste emellertid utövas av en eller flera andra personer.

I sistnämnda hänseende torde följande beräkningar kunna göras. Enligt kommitténs förslag skulle landet indelas i c:a 425 tandvårdsdistrikt. Inspektion av skoltandvården och kontroll av den i anslutning till skoltandvården anordnade tandvården för vuxna och barn i förskolåldern bör ske under skolåret, d. v. s. under något över 200 dagar om året, och varje tandvårdsdistrikt bör i medeltal inspekteras en gång ungefär vart tredje eller

fjärde år. Beräknas varje inspektion taga i anspråk två dagar för själva förrättningen och en resedag, skulle sålunda vid full utbyggnad av folktandvården för inspektionsändamål erfordras ett antal arbetsdagar per år av omkring $\left(\frac{3 \times 425}{3,5}\right)$ 365. Antalet rese- och inspektionsdagar per inspektör

och år bör emellertid helst icke överskrida 180, enär eljest vederbörande inspektör skulle bli betungad med väl mycket resor i en följd. Godtages detta, skulle alltså två inspektörer hinna verkställa erforderlig inspektion. Deltager, på sätt kommittén ovan förordat, jämväl byrådirektören i inspektionsarbetet, kan den genomsnittliga tiden mellan två på varandra följande inspektioner nedbringas till mindre än $3\frac{1}{2}$ år. Förslagsvis kunde byrådirektören verkställa 10 inspektioner per år, vilket skulle kräva 30 arbetsdagar. Sammanlagda antalet arbetsdagar för inspektion bleve då $(180 + 180 + 30)$ 390, medgivande 130 inspektioner per år. Varje distrikt skulle därmed komma att i genomsnitt bli inspekterat en gång på 3·3 år. Under den del av arbetsåret, då de båda inspektörerna ej äro ute på inspektionsresor, torde de medhinna erforderlig rapportgranskning. De planer, som av medicinalstyrelsen böra fastställas för inspektionsresorna, böra dock inrymma möjlighet för inspektörerna att även under skolåret under kortare tider tjänstgöra i medicinalstyrelsen för att bearbeta insamlat material och rådgöra dels med byrådirektören, dels inbördes. Vid full utbyggnad av den allmänna tandvården skulle alltså för ifrågavarande inspektions- och administrativa arbete vara tillfyllest med tre personer med heltidstjänstgöring.

Kommittén har haft under öfvervägande, huruvida den tandvårdsinspektion, som icke skulle utövas av byrådirektören, bör vara centraliserad eller decentraliserad, och därvid bl. a. beaktat motsvarande anordningar hos yrkesinspektionen och statens elektriska inspektion. Den förra är decentraliserad med åtta olika orter som stationsort för nio yrkesinspektionsdistrikt. Den senare är däremot centraliserad till Stockholm med en byrådirektör i kommerskollegiet som överinspektör, en förste byråingenjör därstädes som tillsyningsman — i realiteten statsinspektör — för ett distrikt och tre statsinspektörer över elektriska starkströmsanläggningar för övriga tre distrikt. Riksdagen har dock i skrivelse år 1931 (nr 10 A 7: o)) uttalat, att riksdagen funne den centralisering, vilken rådde beträffande statens elektriska inspektion, mindre tillfredsställande, varför riksdagen förväntade, att Kungl. Maj:t toge under öfvervägande, huruvida den nuvarande organisationen på området fyllde de anspråk, som de senaste årens utveckling ställde på den samma.

Ifrågavarande inspektörer skulle enligt ovan till ungefär hälften (omkring 180 dagar per år) fullgöra sitt arbete genom inspektionsresor ute i orterna. För utförandet av denna del av inspektionen torde det i och för sig vara utan större betydelse, om inspektörerna äro stationerade å samma ort eller om de äro förlagda å skilda orter. Möjligen kunde genom väljande av det

senare alternativet vinnas en minskning av resekostnaderna. Då det emellertid enligt kommitténs åsikt är av synnerligen stor betydelse, att inspektörerna vid den rapportgranskning, som skulle fylla återstående del av deras arbetstid, hava tillfälle till nära kontakt med varandra och med byrådirektören, anser kommittén övervägande skäl tala för att tandvårdsinspektionen i sin helhet förläggas till Stockholm.

Till en början torde det för organisations- och inspektionsarbetet vara tillräckligt, om jämte byrådirektören en tandvårdsinspektör och en assistent anställas. Den andre inspektören bör anställas först när folktandvården utbyggs i sådan omfattning, att de erforderliga inspektionerna icke medhinnas av endast en tandvårdsinspektör jämte i mindre omfattning byrådirektören. Tidpunkten för anställande av denne andre inspektör blir uppenbarligen beroende av den takt, i vilken folktandvården kommer att utbyggas.

Arbetsuppgifterna för nu berörda befattningshavare skulle i huvudsak bli följande. Byrådirektören skulle främst handhava och leda det organisationsarbete, som fölle på medicinalstyrelsens lott med avseende å folktandvårdens genomförande och framtida eventuella omregleringar av tandvårdsdistrikt, vidare föredraga de å styrelsens handläggning ankommande ärenden, som tillhöra tandläkarkonsten, samt i mindre omfattning utöva tandvårdsinspektion. Tandvårdsinspektörerna skulle hava att fullgöra den huvudsakliga delen av tandvårdsinspektionen ute i orterna, verkställa rapportgranskning samt biträda byrådirektören i hans arbete inom medicinalstyrelsen. Assistenten skulle bistå byrådirektören och tandvårdsinspektörerna med kansliarbete, i första hand statistiskt arbete. Härutöver torde för utförande av erforderligt maskinskrivningsarbete samt enklare göromål i övrigt böra anställas ett kvinnligt biträde.

Med de arbetsuppgifter, som enligt kommitténs förslag skulle åvila byrådirektören och tandvårdsinspektörerna, följer utan vidare, att dessa böra vara legitimerade tandläkare. Assistenten, som i första hand skulle utföra statistiskt arbete, bör vara statistiskt skolad; för honom kan lämpligen den kompetensfordran uppställas, att han skall hava vid universitet eller därmed jämställd högskola avlagt examen med statistik som ingående ämne. För det kvinnliga biträdet torde lika litet som för skrivbiträden i medicinalstyrelsens tjänst någon formell kompetensfordran vara erforderlig.

Samtliga hithörande befattningshavare böra tills vidare anställas å icke-ordinarie stat enligt enahanda grunder, som gälla för anställande av befattningshavare å dylik stat i motsvarande grader vid centrala ämbetsverk. Tandvårdsinspektör bör på grund av den rätt krävande rörliga tjänstgöringen och även med hänsyn därtill, att ombyte av person redan av principiella skäl kan finnas önskvärt efter ett antal år, helst tagas ur distrikts-tandläkarnas led och förordnas för viss tid, t. ex. fem år. Efter utgången av denna tid skulle han återgå till sin distriktstandläkartjänst eller befordras till annan sådan tjänst, därest han icke önskar förlängt förord-

nande som inspektör eller dylikt förordnande av annat skäl icke anses böra ifrågakomma. Under den tid, distriktstandläkare innehar förordnande som tandvårdsinspektör, skulle hans distriktstandläkartjänst uppehållas av vikarie, som ägde åtnjuta de med denna tjänst förenade avlöningsförmånerna.

Vad angår ovan avsedda befattningshavares avlöningsförmåner får kommittén till en början erinra, att yrkesinspektörerna tillhöra lönegrad B 28 i gällande avlöningsreglemente den 22 juni 1921 för befattningshavare vid statsdepartement och vissa andra verk, tillhörande den civila statsförvaltningen. Förenämnda byrådirektör i kommerskollegiet, vilken tjänstgör som överinspektör för statens elektriska inspektion, tillhör lönegrad B 29. De tre statsinspektörerna över elektriska starkströmsanläggningar äro placerade i lönegrad B 27. Förste fartygsinspektör är likaledes placerad i lönegrad B 27, under det att sprängämnesinspektören tillhör lönegrad B 28. Med beaktande härav och med hänsyn till den med folktandvårdens genomförande förenade arbetsbördan för byrådirektören och tandvårdsinspektörerna samt omfattningen och arten av det arbete, som skulle åvila dem, sedan folktandvården uppbyggt, synes kommittén skäligt, att ifrågavarande befattningshavare placeras i lönegrad B 28 resp. B 27. Härför talar ock storleken av de privata tandläkarnas genomsnittliga inkomst (jfr kap. 5). Assistenten åter torde lämpligen kunna hänföras till den lönegrad, som gäller för notarie i medicinalstyrelsen och för yrkesinspektörsassistent, alltså B 21. Det kvinnliga skrivbiträdet bör erhålla ställning av kontorsbiträde, till vilken kategori medicinalstyrelsens kvinnliga befattningshavare i regel höra, och alltså avlönas enligt lönegrad B 4.

För ifrågavarande befattningshavare torde i tillämpliga delar böra gälla enahanda arbetstid och skyldigheter i övrigt som för motsvarande befattningshavare i medicinalstyrelsen. Fördelningen av arbetet mellan de båda inspektörerna torde böra bestämmas av byrådirektören enligt direktiv av medicinalstyrelsens chef. Självfallet måste härvid tillses, att inspektionerna verkställas efter sådan plan, att resekostnaderna hållas nere i möjligaste mån. I samband härmed må erinras, att befattningshavare i lönegraderna B 28 och B 27, vilka ovan föreslagits för byrådirektören resp. tandvårdsinspektör, i regel åtnjuta rese- och traktamentsersättning enligt klass II C i allmänna resereglementet (traktamentet = 12 kr. för dag och 7 kr. för natt) men att enligt kungörelser den 14 juni 1933 för yrkesinspektör (B 28) och statsinspektör över elektriska starkströmsanläggningar (B 27) som regel gäller, att traktamentsersättning skall utgå med 10 kr. för dag och 6 kr. för natt, dock icke för dag varav högst 6 timmar tagits i anspråk för resa eller föriättning. Denna lägre ersättning kunde möjligen ifrågakomma för byrådirektören och tandvårdsinspektör.

De kostnader, den centrala ledningen och tandvårdsinspektionen enligt här angivna riktlinjer skulle föranleda, kunna direkt angivas vad angår lönerna. Den för närvarande (juni 1935) utgående begynnelse- resp. slut-

lönen (utan avdrag för pensionsavgifter) inklusive provisoriskt dyrorts-tillägg och dyrtidstillägg utgör nämligen i Stockholm (ortsgrupp G) för följande lönegrader:

Lönegrad	Begynnelselön, kr.	Slutlön, kr.
B 28	10 536:—	11 976:—
B 27	10 056:—	11 496:—
B 21	7 218:—	8 604:—
B 4 ¹	2 664:—	3 186:—
	30 474:—	35 262:—

Lönerna skulle alltså i början belöpa sig till omkr. 30 500 kr. Någon tid efter folktandvårdens igångsättande skulle tillkomma lön för ytterligare en befattningshavare i lönegrad B 27, varvid totalbeloppet sålunda komme att stiga till omkr. 40 500 kr. Slutlönerna komme att sammanlagt uppgå till omkr. 46 750 kr.¹

Kostnaderna för resor och traktamenten kunna givetvis endast approximativt uppskattas. Utgår man emellertid från 130 inspektioner per år med i genomsnitt en resedag per inspektion (jfr ovan) samt visst antal dagar, förslagsvis 20, för återresor till Stockholm, bleve sammanlagda antalet resedagar $(130 + 20)$ 150. Med i genomsnitt två dagar för varje inspektion skulle inspektionsdagarna uppgå till (2×130) 260. Totala antalet dagar, för vilka traktamentsersättning skulle utgå, komme alltså att utgöra $(150 + 260)$ 410. Att närmare beräkna genomsnittskostnaden för själva resorna möter stora svårigheter, men enligt vad kommittén under hand inhämtat i medicinalstyrelsen, synes man vara på den säkra sidan, om resekostnaden per dag sättes till i medeltal samma belopp, som utgår per dygn i traktamentsersättning. Den sammanlagda rese- och traktamentskostnaden skulle vid sådant förhållande bli traktamentsersättningsbeloppet, multiplicerat med $(410 + 150)$ 560. Sättes nyssnämnda belopp enligt klass II D till $(10 + 6)$ 16 kr., blir totalkostnaden i det närmaste 9 000 kr.; tillämpar man däremot klass II C med $(12 + 7)$ 19 kr., vilket kommittén för sin del vill förorda, ökas den till omkring 10 600 kronor.

Lönerna jämte rese- och traktamentskostnaderna skulle alltså med ovan angivna beräkningsgrunder och under förutsättning av samtidig slutlön för samtliga befattningshavare i tandvårdsinspektionens tjänst komma att för år belöpa sig till $(46 750 + 10 600)$ 57 350 kr. eller event. till $(46 750 + 9 000)$ 55 750 kr. Även om expensmedel och — därest för inspektionen erforderliga lokaler icke skulle vara tillgängliga inom medicinalstyrelsens ämbetshus — jämväl kostnaden för förhyrande av lokaler medräknades, skulle alltså den slutliga kostnaden komma att uppgå till högst ett belopp, som endast oväsent-

¹ Nu nämnda lönebelopp avse befattningshavare å ordinarie stat. Begynnelselönerna bliva något lägre, om man utgår från anställande till en början å icke-ordinarie stat. Kommittén har dock ansett sig kunna bortse härifrån i detta sammanhang.

ligt överstege hälften av den kostnad, vilken 1924 års sakkunniga beräknat för erforderlig tandvårdsinspektion.

Ovan skisserade centrala ledning och tandvårdsinspektion skulle enligt kommitténs åsikt på ett effektivt sätt icke endast tillgodose folktandvårdens övervakning ute i orterna utan även befrämja största möjliga enhetlighet vid nämnda tandvårds igångsättande och fortsatta utveckling, allt mot kostnader, som måste anses vara rimliga. Att tillskapa en organisation för mindre kostnad och därmed följande mindre effektivitet synes kommittén icke vara tillrådligt. Å andra sidan torde av ekonomiska skäl en mera omfattande organisation icke böra komma i fråga. Kommittén får därför förorda, att den av kommittén skisserade organisationen kommer till utförande. I likhet med 1924 års sakkunniga anser kommittén, att hithörande kostnader böra helt bestridas av statsmedel.

Den inspektion, som sålunda förordats, bör icke utesluta, att förste provinsialläkarna och därmed jämställda, vilka hava att utöva allmän tillsyn över hälso- och sjukvården i riket, verkställa inspektion av i folktandvården använda lokaler o. dyl. Provinsialläkarna och stadsläkarna torde däremot böra befrias från dylik tillsyn.

Slutligen vill kommittén framhålla, att ett genomförande av ovan förordade organisation kräver komplettering av den för medicinalstyrelsen gällande instruktionen.

Kap. 9. Folktandvårdens finansiering.

A. Approximativ uppskattning av kostnaderna.

En uppskattning av de kostnader, ett genomförande av kommitténs förslag skulle medföra, kan uppenbarligen endast bli mycket approximativ. Detta gäller särskilt kostnaden för den tandvård, som icke skulle ingå i distriktstandvården. Kommittén har emellertid nedan sökt göra en i möjligaste mån tillförlitlig beräkning av hithörande kostnader, varvid kommittén bl. a. beaktat mot 1928 års förslag framförda erinringar i förevarande hänseende. Som i kap. 1 antytts, ansågos de i sistnämnda förslag angivna kostnaderna av åtskilliga hörda myndigheter vara för lågt beräknade beträffande såväl engångsutgifter som löpande utgifter. Kommittén har också kommit till den uppfattningen, att en del av berörda utgifter i och för sig böra upptagas till högre belopp än i 1928 års förslag. Härjämte har kommittén ansett sig böra vidtaga en del höjningar, föranledda av efter år 1928 inträffade prisstegringar.

1. Distriktstandvården.

Vid sin uppskattning härnedan av kostnaderna för distriktstandvården har kommittén i huvudsaklig överensstämmelse med det resultat, som fram-

kommit i kap. 4, räknat med ett antal distrikt av 425 och ett antal distrikts-tandläkare av 575. Antalet assistenttandläkare har avrundats uppåt till 40.

Hithörande *engångskostnader* utgöras av dels kostnader för poliklinikernas inredning, dels ock kostnader för erforderlig utrustning.

a) *Inredningskostnader*. De fasta poliklinikerna, som skola omfatta operationsrum, laboratorium och väntrum, böra vara enkelt men ändamåls-enligt inredda. Väggar och golv böra så vitt möjligt vara av sådan beskaf-fenhet, att de med lätthet kunna rengöras. Om elektrisk kraft finnes, bör sådan vara framdragen för belysning och drift av nödiga motorer. Anord-ningar böra träffas för vatten- och avloppsledningar vid tvättställ i såväl operationsrum som laboratorium. Vid operationsstolen bör finnas avlopp. Möjlighet för sköljning och borstning av tänderna bör finnas inom poli-klinken.

Vissa av nu berörda förhållanden äro givetvis mycket varierande å olika orter. I 1928 års betänkande har inredningskostnaden för en landsbygds-poliklinik, avsedd för en tandläkare, uppskattats till högst 1 000 kr. Om också vid förhyrning i ett flertal fall kan beräknas, att husvärden iordning-ställer lokalen, förefaller ett belopp av 1 000 kr. vara väl lågt. Beaktas må ock, att enligt kommitténs förslag skulle i åtskilliga distrikt fler än en tand-läkare tjänstgöra vid samma poliklinik. Med hänsyn härtill torde kostnaden för inredning av poliklinik i genomsnitt icke böra upptagas till lägre belopp än 1 500 kr. För 425 distrikt skulle då sammanlagda kostnaden bli 637 500 kr.

Härtill kommer kostnaden för inredning av ambulatoriska polikliniker. Med utgångspunkt från föreliggande utredningsmaterial torde man böra räkna med ett antal dylika polikliniker av omkring 5 per län eller alltså 120 för hela riket. Vid sådant ambulatorium skola framdragas elektriska ledningar, tvättställ anordnas vid tandläkarens arbetsplats samt möjlighet till sköljning av munnen och borstning av tänderna beredas. Kostnaden härför torde icke behöva överstiga 500 kr. per ambulatorium eller för hela riket 60 000 kr.

Totala inredningskostnaderna skulle därmed uppgå till 697 500 kr. eller, avrundat uppåt, till 700 000 kr.

b) *Utrustningskostnader*. Härunder falla kostnaderna för dels operations-rummens förseende med fast instrumentarium och annan erforderlig ut-rustning, dels viss laboratorieutrustning, dels ock väntrumsinventarier. Kom-mittén har i bilaga 10 närmare angivit den utrustning,¹ som enligt kom-mitténs mening fasta resp. ambulatoriska polikliniker normalt böra erhålla. Instrument och inventarier förutsättas bliva av enklast möjliga slag sam-tidigt som de avses skola motsvara rimliga anspråk.

Nedan angivas dels de belopp, som i 1928 års betänkande upptagits för utrustning av fasta polikliniker, dels ock de belopp, som kommittén

¹ Exkl. väntrumsinventarier.

anser skäligen för samma ändamål, varvid hänsyn bl. a. tagits till efter år 1928 inträffad prisstegring.

	1928 års be- tänkande, kr.	Kommittén, kr.
Operationsrum:		
Möbler och apparater	1 505	2 060
Instrument och glasvaror	295	545
Första uppsättning förbrukningsartiklar	175	Utgår såsom hörande till löpande ut- gifter
Summa	1 975	2 605
Laboratorium:		
Apparater m. m.		
Om gas finnes 493 kr.		
» » saknas 521 kr.	507	550
Verktyg m. m.	200	100
Summa	707	650
Väntrum	Ej beräknat	200
Summa summarum	2 682	3 455

Med nuvarande prisnivå skulle sålunda för 425 enmansdistrikt utrustningskostnaden bli 1 468 375 kr. Emellertid skulle som förut nämnts vid åtskilliga distriktpolikliniker tjänstgöra flera distriktstandläkare, så att sammanlagda antalet dylika tandläkare skulle uppgå till 575 eller alltså 150 fler än antalet distrikt. För dessa 150 distriktstandläkare kräves i stort sett enahanda operationsutrustning som för övriga, medan däremot någon särskild laboratorie- eller väntrumsutrustning som regel icke torde behöva beräknas för dem. Under sådana förhållanden synes nyssnämnda belopp icke behöva höjas med mer än $(150 \times 2\,605)$ 390 750 kr. Något avrundad skulle alltså kostnaden för utrustning av de fasta poliklinikerna kunna uppskattas till sammanlagt 1 850 000 kr.

I detta sammanhang vill kommittén framhålla, att då en hel del av nuvarande privatpraktiserande tandläkare otvivelaktigt torde komma att övergå till folktandläkare, det bör bli en naturlig följd, att dessas instrumentarium och övriga utrustning inlösas, i den mån de äro fullt användbara och lämpliga. Det ligger ock nära till hands, att på sådana orter, där ifrågavarande tandläkare ha för ändamålet väl brukbara och inredda lokaler, dessa förhyras. I vad mån detta förfarande kan komma att verka förbilligande på engångskostnaderna är vanskligt att förutsäga. För att icke göra sig skyldig till lösa kostnadsberäkningar har kommittén i sina kalkyler därför icke tagit hänsyn till nu berörda möjligheter till sänkning av engångskostnaderna för de fasta poliklinikerna.

För en ambulatorisk poliklinik ställa sig utrustningskostnaderna sålunda:

	1928 års be- tänkande, kr.	Kommittén, kr.
Möbler och apparater		
375 kr. alternativt 459 kr.	459	705
Instrument och glasvaror	295	545
Första uppsättning förbrukningsartiklar	171	Utgår såsom hörande till löpande ut- gifter
	Summa 925	1 250

För 120 ambulatorier skulle sammanlagda kostnaden alltså bli 150 000 kr.

Kostnaden för den extra utrustning, som kräves för assistenttandläkarna, torde approximativt kunna uppskattas till två gånger det belopp, som ovan angivits för ambulatorium. För 40 assistenttandläkare skulle totala utrustningskostnaden därmed uppgå till 100 000 kr.

En sammanställning av engångskostnaderna giver följande resultat:

Inredning	700 000 kr.
Utrustning:	
fasta polikliniker	1 850 000 »
ambulatorier	150 000 »
tilläggskostnad för 40 assistenttandläkare	100 000 »
	Summa 2 800 000 kr.

Kommittén övergår så till de med distriktstandvården förenade löpande utgifterna.

Vid beräkningen av dessa utgifter torde en viss ledning kunna inhämtas av de erfarenheter, som i denna del gjorts under försöksverksamheten i Grästorps distrikt (jfr kap. 2). Med utgångspunkt härifrån har kommittén uppskattat de mera fasta driftkostnaderna i ett normaldistrikt med 1 000 skolpliktiga barn till omkring 11 000 kr. per år. Delposterna ställa sig, i jämförelse med motsvarande beräkning i 1928 års betänkande, sålunda:

	1928 års be- tänkande, kr.	Kommittén, kr.
Tandläkarens avlöning:		
grundlön (i genomsnitt)	5 100	5 800 ¹
ålderstillägg (2 st. i genomsnitt)	600	600
Tandsköterskans avlöning:		
grundlön	1 800	1 800
ålderstillägg (1 st. i genomsnitt)	100	100

¹ Beloppet motsvarar närmast genomsnittslönen för lönegrupp II i den föreslagna löneplanen, vilken lönegrupp, näst lönegrupp I, torde bli den vanligast förekommande.

	1928 års be- tänkande, kr.	Kommittén, kr.
Poliklinikens drift:		
underhåll av instrument	750	400
förnyelse av instrument		
diverse		
förbrukningsartiklar		
hyra och värme	—	1 250
städning	—	600
elektrisk kraft	—	275
		175
Summa	8 350	11 000

En jämförelse mellan ovannämnda kostnadsberäkningar, sådana de framgå av de två kolumnerna, giver vid handen, att kommitténs förslag överstiger 1928 års förslag med 2 650 kr. Skillnaden beror dels på att kommittén upptagit 700 kr. högre lön för distriktstandläkaren, dels ock på att i 1928 års förslag icke upptagits några kostnader för hyra, värme, städning och elektrisk kraft samt att kostnaden för förbrukningsartiklar där upptagits till ett alltför lågt belopp.

Med ledning av ovanstående tablå skulle den fasta driftkostnaden enligt kommitténs förslag kunna för 575 distriktstandläkare uppskattas till $(575 \times 11\,000) = 6\,325\,000$ kr. per år. I detta belopp ingå visserligen icke de särskilda arvoden, som kommittén tänkt sig skola utgå till poliklinikcheferna i orter med mer än en tjänstetandläkare. Dessa arvoden torde emellertid tillsammans icke överstiga den minskning av det totala driftkostnadsbeloppet, som kan påräknas genom att för tjänstetandläkare å samma poliklinik driften i vissa avseenden blir gemensam och därmed betingar en lägre kostnad än eljest. I tablå ha vidare icke upptagits några kostnader för dyrtidstillägg och pensionering. Enligt kommitténs förslag skulle staten helt åtaga sig pensioneringen av distriktstandläkarna i enlighet med gällande bestämmelser för civila befattningshavare i statens tjänst. Då staten alltså skulle drabbas av utgifter härför först om 15 å 20 år, har kommittén icke ingått på några beräkningar av denna kostnad. Tandsköterskornas pensionering, som enligt kommitténs förslag skulle ombesörjas av statens pensionsanstalt, torde icke åsamka det allmänna några avsevärda belopp. Slutligen ha i tablå ej beräknats några kostnader för tandläkares och tandsköterskors resor, vilka kostnader svårligen låta sig på förhand uppskatta. Det i 1928 års förslag beräknade beloppet härför, 1 100 kr. per distrikt och år, torde med kommitténs förslag under alla förhållanden vara för högt.

För att erhålla den fasta driftkostnaden för hela riket bör emellertid till förenämnda driftkostnadsbelopp, 6 325 000 kr., läggas kostnaden för lön åt assistenttandläkarna jämte deras sköterskepersonal. Denna kostnad kan preliminärt uppskattas till $(40 \times 4\,200) = 168\,000$ kr. + $(40 \times 2\,000) = 80\,000$ kr.

eller tillsammans i uppåt avrundat tal 250 000 kr. De fasta driftkostnaderna skulle därmed uppgå till $(6\,325\,000 + 250\,000)$ 6 575 000 kr. brutto årligen.

Vill man erhålla en jämförelsepunkt för bedömande i kostnadshänseende av kommitténs förslag i förhållande till andra, tillämpade eller föreslagna tandvårdssystem, kan med ledning av sistnämnda tal bruttokostnaden per skolpliktigt barn och år lätt framkonstrueras. Enligt kommitténs förslag skulle 575 distriktstandläkare jämte sköterskor utan annan ersättning än sin lön behandla minst $(575 \times 1\,000)$ 575 000 skolpliktiga barn och 40 assistenttandläkare jämte sköterskor $(40 \times 1\,300)$ 52 000 dylika barn. Ovanstående belopp, 6 575 000 kr., skulle sålunda motsvara kostnaderna för minst 627 000 skolbarn och kostnaden per barn och år alltså bli högst kr. 10: 50. På grund av svårigheten att fördela barnen rationellt kommer uppenbarligen kostnaden per barn att dels variera inom olika distrikt, dels i allmänhet ligga något högre. Å andra sidan må icke förbises, att flertalet distriktstandläkare komma att behandla något över 1 000 barn per år, vilket verkar sänkande på kostnaden per barn och år. I stort sett torde nämnda kostnad därför komma att hålla sig omkring kr. 10: 50. Vid jämförelse med andra tandvårdssystem (se kap. 2) ställer sig kommitténs förslag alltså relativt fördelaktigt, i synnerhet om man beaktar, att med detta förslag såväl barnen i förskolåldern som den vuxna befolkningen samtidigt skulle beredas tillfälle till tandvård på synnerligen fördelaktiga villkor.

Härmed äro vi framme vid den kostnad, som jämlikt kommitténs förslag skulle betingas av tandvården åt barn före skolåldern. Antalet dylika barn kan för samtliga landstingsområden uppskattas till omkring 400 000, och för behandlingen av dessa barn skulle tandläkaren åtnjuta ersättning med 6 kr. per barn och år. Samtliga dessa barn kunna givetvis icke beräknas komma att deltaga i tandvården. Antager man, att för den närmaste framtiden ungefär hälften av ifrågavarande barn låta inskriva sig för regelbunden tandbehandling, skulle denna del av folktandvården draga en årlig kostnad av 1 200 000 kr.

Samtliga nu angivna belopp avse bruttokostnader. Nettokostnaden erhålles, om inflytande behandlingsavgifter avdragas. Totalkostnaden sjunker då till omkring 5 000 000 kr. för skolbarnen och 600 000 kr. för övriga barn, varvid dock må beaktas, att vederbörande primärkommuner i åtskilliga fall torde få träda emellan för behandlingsavgiftens erläggande. Kommittén återkommer härtill nedan.

Slutligen må i detta sammanhang erinras, att den av kommittén föreslagna tandvårdsorganisationen närmast tager sikte på tandvårdens tillgodoseende i landstingsområdena. Städerna utanför landsting hava, med sina helt andra och långt större förutsättningar härutinnan, avsetts skola på egen hand ordna sin folktandvårdsfråga, i den mån så ej redan skett. Kommittén förutsätter härvid, att där så befinnes lämpligt samarbete anordnas med angränsande landsting och att vid folktandvårdens utbyggande de av kom-

mittén uppdragna riktlinjerna även i övrigt i tillämpliga delar vinna tillbörligt beaktande. Under denna förutsättning torde kostnaden per barn och år icke behöva bli högre för storstäderna än för landstingen. Då antalet skolbarn resp. antalet barn före skolåldern i berörda storstäder kan beräknas uppgå till omkring 100 000 resp. 65 000, skulle totala bruttokostnaden per år för folktandvården därstädes kunna uppskattas till $(100\,000 \times 10:50)$ 1 050 000 kr. för skolbarnen och $\left(\frac{(65\,000 \times 6)}{2}\right)$ 195 000 eller i runt tal 200 000 kr. för övriga barn. Nettokostnaden torde med enahanda förbehåll som för landstingens del komma att hålla sig omkr. 800 000 resp. 100 000 kr.

2. Tandvård vid vissa anstalter m. m.

Återstår så att uppskatta kostnaden för den komplettering av distrikts-tandvården, som föreslagits i kap. 7.

Någon mera tillförlitlig kostnadsberäkning kan endast göras beträffande *specialisttandvården*, vilken avsetts bli tillgodosedd genom inrättande av särskild tandpoliklinik vid minst ett lasarett inom varje landstingsområde resp. stad utanför landsting. Engångskostnaderna härför kunna, om röntgenutrustning medtages, beräknas till c:a 6 000 kr. per lasarett, d. v. s. för 25 lasarett till 150 000 kr. Driftkostnaderna torde icke behöva avsevärt överstiga motsvarande kostnader för en skoltandklinik; med utgångspunkt härifrån skulle summan bli $(25 \times 11\,000)$ 275 000 kr. Denna kostnad avser driften vid full utbyggnad. I början torde man kunna räkna med mindre behov, förslagsvis halva kostnaden, 137 500 kr. Härifrån avgå dock behandlingsavgifter, som kunna beräknas täcka omkring halva kostnaden. Nettokostnaden per år skulle sålunda till en början kunna beräknas till c:a 70 000 kr. och vid full utbyggnad till 137 500 kr. För storstäderna skulle kostnaden bli 36 000 kr. i engångsutgifter och 33 000 kr. i löpande nettoutgifter vid full utbyggnad.

Att uppskatta kostnaderna för *annan* tandvård vid sjukhus samt vid abnorm- och sinnesslöskolor m. fl. dylika anstalter ävensom skyddshem, uppfostringsanstalter och fångvårdsanstalter är som tidigare antytts synnerligen vanskligt med hänsyn till de i hög grad varierande förhållanden, under vilka tandvården för dessa anstalters klientel kan komma att tillgodoses. Kommittén anser sig i varje fall icke böra ingå på någon beräkning av engångskostnaderna beträffande ifrågavarande anstalter utan inskränker sig till att söka approximativt beräkna de löpande utgifter, som skulle åsamkas staten och landstingen resp. städerna utanför landsting. Kostnaden per individ torde beträffande ifrågavarande klientel i genomsnitt ställa sig ej obetydligt lägre än i distriktstandvården, enär några särskilda kostnader för sköterska och lokal oftast icke behöva avses. Ersättningen åt tandläkaren synes lämpligen kunna beräknas efter dels ett grund-

arvode per anstalt för att han står till vederbörande anstalts disposition, dels ock ett tilläggsarvode, ställt i relation till anstaltens platsantal. Kommittén har beräknat det förra efter 200 kr. för år och det senare efter dels 5 kr. per plats beträffande anstalterna för abnorma, sinnesslöa, fallandesjuka och vanföra ävensom för skyddsuppfostringsanstalterna och kroppssjukhusen, dels 3 kr. per plats beträffande sinnessjukhusen och fångvårdsanstalterna, där tandvården kan antagas komma att i genomsnitt taga i anspråk avsevärt kortare tid. Förutsättes kostnaden för förbrukningsartiklar och slitning av instrument samt för elektrisk kraft komma att belöpa sig till omkring 2 kr. per plats, skulle alltså sammanlagda kostnaden för en anstalt om 100 platser bli 700 kr. beträffande sinnessjukhusen och fängelserna samt 900 kr. för övriga anstalter, d. v. s. resp. 7 och 9 kr. per plats och år. Med denna utgångspunkt kan tandvården vid här ifrågavarande anstalter för staten, landstingen och städerna utanför landsting beräknas draga en sammanlagd kostnad av omkring 375 000 kr. per år.

Kostnaderna för tandvårdens *centrala ledning och inspektion* slutligen hava i kap. 8 uppskattats till 60 000 kr. per år.

B. Kostnadernas fördelning.

I ett stort antal av de yttranden, som avgivits över 1928 års betänkande, har som nämnts påyrkats högre bidrag från staten, och från medicinalstyrelsens sida har även framhållits önskvärdheten av att jämväl landstingen lämnade ekonomiska bidrag till folktandvårdens finansiering. Med kommitténs förslag beträffande huvudmannaskapet för folktandvården blir sistnämnda synpunkt automatiskt tillgodosedd, under det att framför allt skatteutjämningspunkter föranlett kommittén att på sätt nedan framgår föreslå en relativt kraftig medverkan från statens sida till bestridande av de med folktandvården förenade kostnaderna.

1. Distriktstandvården.

I fråga om *engångskostnaderna* för distriktstandvården torde det enligt kommitténs uppfattning vara i princip riktigast, att landstingen såsom folktandvårdens huvudmän stå för dessa kostnader. Avvikelser härifrån synas dock kunna ifrågakomma i två avseenden.

Med hänsyn till de fördelar för vederbörande primärkommuner, som uppstå genom polikliniks förläggande till kommunen, torde man sålunda å ena sidan kunna räkna med att kostnaderna för *inredning* av poliklinik i åtskilliga fall skola kunna helt eller delvis överflyttas på poliklinikkommunerna, särskilt där kommun äger tillgång till lämplig polikliniklokal. Å andra sidan kan ifrågasättas, om icke staten bör lämna visst bidrag till *utrustnings* kostnaderna. Dessa kostnader förutsattes visserligen i 1928 års förslag skola i princip åvila huvudmännen. På grund av den stora be-

tydelse för folkhälsan, som ett allmänt genomförande av folktandvården ansågs äga, tänkte sig de sakkunniga dock, att bidrag till ifrågavarande kostnader skulle kunna erhållas av pensionsförsäkringens överskottsmedel. Även om folktandvården med landstingen som huvudmän erhåller en avsevärt fastare ekonomisk grundval, skulle ett sådant bidrag givetvis ha i hög grad underlättat folktandvårdens genomförande. Efter den omläggning av folkpensioneringen, som beslutats innevarande år, torde emellertid några överskottsmedel för ifrågavarande ändamål icke kunna påräknas. Med hänsyn härtill och för att i möjligaste mån påskynda distriktstandvårdens genomförande synes det kommittén önskvärt, att staten lämnar visst bidrag åtminstone till en första uppsättning av poliklinikernas utrustning. Då enligt kommitténs i det följande avgivna förslag staten komme att få bära den övervägande delen av de löpande utgifterna för distriktstandvården, torde statens nu ifrågavarande bidrag böra begränsas till $\frac{1}{3}$ av kostnaderna.

I sammanhang härmed anser sig kommittén böra framhålla, att en central upphandling av hithörande utrustningsmaterial, t. ex. genom medicinalstyrelsens försorg, uppenbarligen skulle vara ägnad att medföra avsevärda ekonomiska fördelar för det allmänna. I syfte att befrämja en dylik central upphandling vill kommittén förorda, att för varje landsting utrustningskostnaden i sin helhet förskjutes av staten med skyldighet för landstinget att under en relativt kort tid, förslagsvis 5 år, med lika stora delar varje år till statsverket inbetala $\frac{2}{3}$ av kostnaden. Då distriktstandvården skulle genomföras successivt inom riket, skulle en sådan anordning icke behöva ställa alltför stora krav på statskassan. Med anordningen skulle ock, utom besparingar för det allmänna, vinnas största möjliga garantier för att distriktstandvårdens genomförande icke komme att fördröjas på grund av ekonomiska svårigheter från landstingens sida.

Beträffande de *löpande utgifterna* har kommittén såsom en följd av huvudmannaskapets överflyttande på landstingen ansett, att primärkommunerna i princip ej böra belastas med andra löpande utgifter för distriktstandvården än kostnaderna för skolbarnens resor ävensom för de behandlingsavgifter, som icke kunna utgöras av målsman. För ändamålet torde å kommunens stat böra upptagas ett särskilt anslag i likhet med vad som gäller kommunala sjukvårdsbidrag enligt lagen den 14 juni 1918. Kommunernas utgifter för tandvård skulle alltså ej betraktas såsom direkta fattigvårdskostnader.

Återstående kostnad torde för vinnande av jämnare skattetryck böra fördelas mellan staten och landstingen. Denna kostnad motsvaras i huvudsak av ovan beräknade bruttokostnader för skolbarn och barn före skolåldern, uppgående till sammanlagt (6 575 000 + 1 200 000) 7 775 000 kr., sedan därifrån dragits summan av behandlingsavgifterna. Behandlingsavgift skulle som nämnts utgå med 3 kr. per barn och år, dock att avgift icke skulle utgå för mer än tre barn från en och samma familj. Räknar man som

förut med ett antal skolpliktiga barn av 627 000 och ett antal i distrikts-tandvården deltagande barn före skolåldern av 200 000 samt antager man vidare, att totala antalet barn från en och samma familj, som överskjuter tre, uppgår till 100 000, skulle i behandlingsavgifter inflyta omkr. (727 000 $\times$ 3) 2 180 000 kr. Till fördelning mellan stat och landsting skulle sålunda föreligga ett belopp av (7 775 000 — 2 180 000) 5 595 000 kr.

I sitt huvudbetänkande har kommittén understrukit önskvärdheten ur skatteutjämningsynpunkt av att kostnader, som utan åsidosättande av sparsamhetsintresset kunna överflyttas å staten, också bestridas av statsmedel. Med beaktande bl. a. härav har kommittén i samband med sin behandling av distriktstandläkarnas avlöning och pensionering förordat, att utgifterna för dessa ändamål skola utgå av statsmedel. I enlighet härmed skulle, fränsett dyrtidstillägg och pension, staten åtaga sig kostnader till följande belopp:

lön, inkl. ålderstillägg, för 575 distriktstandläkare å kr. 6 400	kr. 3 680 000
lön åt 40 assistenttandläkare å kr. 4 200	» 168 000
	Summa kr. 3 848 000

För landstingen skulle alltså återstå att bestrida (5 595 000 — 3 848 000) 1 747 000 kr., motsvarande kostnaderna för tandsköterskornas avlöning, poliklinikernas underhåll och drift samt halva ersättningen till tandläkarna för behandling av barn i förskolåldern (återstående hälften erlägges av målsmän eller primärkommun i form av behandlingsavgift). Härutöver skulle emellertid landstingen såsom huvudmän ha att bestrida kostnaderna för tandläkarnas och tandsköterskornas resor ävensom, på sätt nedan framgår, för specialisttandvård och viss annan komplettering till distriktstandvården. Kostnaderna för tandsköterskornas pensionering komme däremot, om gällande grunder för pensionering av kommunalt anställda sjuksköterskor tillämpas, att i huvudsak bäras av staten.

Förenämnda bruttokostnad, 7 775 000 kr., skulle alltså fördelas sålunda:

staten	kr. 3 848 000
landstingen	» 1 747 000
primärkommuner och enskilda	» 2 180 000
	Summa kr. 7 775 000

Med denna fördelning skulle staten komma att bära huvudparten av kostnaderna för distriktstandvården. I gengäld torde man hava rätt förvänta, att landstingen med kraft skola taga itu med distriktstandvårdens genomförande i den omfattning och på de villkor i övrigt, som kommittén förordat.

En med nu förevarande spörsmål närstående fråga är, huruvida staten bör lämna bidrag jämväl till folktandvården inom städerna utanför landstingen. För ett sådant bidrag kan knappast samma trängande behov åberopas som för landstingen. Rent principiellt sett föreligger emellertid ingen anledning att härutinnan göra någon skillnad mellan landstingen å ena och städerna utanför

landsting å andra sidan. Kommittén anser sig därför böra förorda, att jämväl ifrågavarande städer erhålla statsbidrag till sin folktandvård, givetvis under förutsättning att densamma till sin beskaffenhet och omfattning fyller de krav, kommittén för landstingens del föreslagit. Med enahanda kostnadsfördelning som för tandvården i landstingsområdena skulle av kostnaderna för tandvården i städerna utanför landsting, tillhopa (1 050 000 + 200 000) 1 250 000 kr., komma att belöpa omkr. 600 000 kr. på staten, motsvarande ett bidrag av 6 kr. per behandlat barn, och 300 000 kr. på städerna, medan återstående 350 000 kr. skulle falla på målsmännen. I åtskilliga fall torde emellertid städerna få träda emellan för obemedlade eller mindre bemedlade målsmän.

2. *Tandvård vid vissa anstalter m. m.*

Kostnaderna för *specialisttandvård* anser kommittén böra vad angår såväl engångsutgifterna som de löpande utgifterna (efter avdrag av behandlingsavgifter) åvila landstingen resp. städerna utanför landsting såsom huvudmän. Engångskostnaderna ha härovan beräknats till 150 000 kr. för landstingen och 36 000 kr. för storstäderna samt årliga nettodriftkostnaderna vid full utbyggnad till 137 500 kr. för landstingen och 33 000 kr. för storstäderna.

I fråga om *annan tandvård* vid sjukhus samt tandvården vid abnorm- och sinnesslöskolor m. fl. dylika anstalter ävensom vid skyddsuppfostlingsanstalter och fångvårdsanstalter torde ock anstaltens huvudman i princip böra svara för kostnaderna, dock att beträffande icke-statliga anstalter staten synes böra lämna ett bidrag per behandlat barn, avsett att motsvara statens bidrag till tandvård för vanliga skolbarn. I enlighet härmed och med beaktande tillika av kommitténs tidigare framlagda förslag rörande abnormundervisningens samt kropps- och sinnessjukvårdens handhavande och finansiering skulle staten svara för tandvårdskostnaderna vid blind- och dövstumsskolorna (exkl. hantverksskolorna), sex sinnesslöanstalter, samtliga statens sinnessjukhus, uppfostringsanstalten å Bona samt central- och straffängelserna, under det att landstingen, storstäderna och enskilda skulle med eller utan statsbidrag stå för tandvårdskostnaderna vid, förutom flertalet sinnesslö- och skyddsuppfostlingsanstalter, de kommunala sinnessjukvårdsanstalterna i Stockholm, Göteborg och Malmö ävensom samtliga lasarett, sanatorier, kustsanatorier samt anstalter för vanföra och fallandesjuka. Statens bidrag till landstings- och enskilda anstalter torde lämpligen kunna beräknas efter 5 kr. per plats, avsedd för barn, dock att man för vanförestalterna och de enskilda kustsanatorierna med hänsyn till deras ådagalagda svaga ekonomiska bärkraft torde böra räkna med att staten praktiskt taget får bestrida hela kostnaden. En i enlighet med dessa grunder gjord uppskattning giver vid handen, att tandvården för klientelet vid nu

berörda anstalter skulle medföra en årlig kostnad av omkring 150 000 kr. för staten, likaledes omkring 150 000 kr. för landstingen samt 75 000 kr. för storstäderna, en beräkning som dock är mycket approximativ.

Kostnaderna för tandvårdens *centrala ledning och inspektion* torde i sin helhet böra bestridas av staten.

En sammanställning av det *allmännas* ovan beräknade kostnader för folk-tandvården (exklusive utgifter för dyrtidstillägg och pensionering) samt deras fördelning giver följande resultat:

	Engångskostnader, kr.	Löpande utgifter, kr.
<i>Staten:</i>		
Distriktstandvård,		
utrustningskostnader	700 000	—
kostnader för tandläkarlöner....	—	3 848 000
Tandvård i städer utanför landsting	—	600 000
Tandvård vid vissa anstalter m. m. (ej uppskattade)	—	150 000
Inspektion m. m.	—	60 000
Summa	700 000 ¹	4 658 000

Landstingen:

Distriktstandvård,		
inredningskostnader	700 000 ²	—
utrustningskostnader	1 400 000	—
driftkostnader	—	1 747 000
Specialisttandvård	150 000	137 500
Annan tandvård vid sjukhus m. fl. anstalter	(ej uppskattade)	150 000
Summa	2 250 000 ¹	2 034 500

Dessutom resekostnader
för tandläkare och
tandsköterskor.

Städerna utanför landsting:

Distriktstandvård	(ej uppskattade)	300 000
Specialisttandvård	36 000	33 000
Annan tandvård vid sjukhus m. fl. anstalter	(ej uppskattade)	75 000
Summa	36 000 ¹	408 000

Primärkommunerna

Kostnader för skolbar-
nens resor samt medel-
lösa och mindre bemed-
lade barns behandlings-
avgifter.

¹ I den mån kostnaderna uppskattats. — ² Dessa kostnader kunna dock förmodas delvis bli överflyttade å poliklinikkommunerna.

Kap. 10. Sammanfattning av kommitténs förslag.

En allmänt genomförd rationell tandvård har numera befunnits äga väsentlig betydelse för folkhälsan och bör därför av det allmänna organiseras och understödjas. Målet bör härvid vara att till rimligt pris giva såväl barn som vuxna möjlighet att vidmakthålla och främja tändernas uppgift som tuggorgan samt att bibehålla tänder och munhåla i friskt tillstånd, så att de ej bli en infektionskälla för organismen i övrigt. Folktandvården bör förty i huvudsak vara av konserverande beskaffenhet och avse såvitt möjligt fullständig konserverande behandling av munhålan, inklusive ersättning av förlorade tänder, där så erfordras för bethets funktionsduglighet. Däremot faller tandvård, som enbart eller främst tjänar ett förskönande syfte, utanför folktandvårdens ram.

Med utgångspunkt härifrån har kommittén till en början uppdragit vissa riktlinjer för folktandvårdens *omfattning* med avseende å klientelet. Av praktiska och ekonomiska skäl har kommittén härvid skilt mellan tandvård för barn och för vuxna. Barntandvården föreslås, icke minst med hänsyn till mjölk tandbets betydelse för det permanenta bethets riktiga utveckling och fortsatta bestånd, skola taga sin början vid 3-årsåldern. Som komplement härtill förordas en profylaktisk omvårdnad om havande mödrar och späda barn, för vilket ändamål bl. a. de planerade moderskaps- och barnavårdscentralerna skulle tagas i anspråk. Den övre gränsen för barn-tandvården (skoltandvården) anser kommittén böra sättas vid 14-årsåldern sålunda, att barnen skola äga rätt att åtnjuta tandvård i skolan t. o. m. den klass, som normalt motsvarar nämnda ålder. Kommittén gör härvid ingen skillnad mellan barn i folkskolor och andra skolor för normala barn. Såsom en övergångsform till tandvården för vuxna föreslås, att tandundersökning anordnas för barn i närmast högre klass över 14-årsåldern i syfte att göra föräldrar och målsmän uppmärksamma på befintliga tandskador. En tidigare föreslagen särställning i tandvårdshänseende för elever och barn vid folk- och småskoleseminarierna finner kommittén numera obehövlig. Däremot anser kommittén starka skäl tala för att abnorm- och sinnesslöskolornas, vanföreskolornas och skyddsuppföstringsanstalternas elever beredas tandvård genom det allmännas försorg under hela skoltiden, oavsett åldern.

I likhet med 1924 års sakkunniga hyser kommittén den uppfattningen, att vare sig allmän tandvårdsplikt eller allmän avgiftsfrihet för skolbarn bör föreskrivas. Målsmannens tandvårdssavgift föreslås utgå med 3 kr. per barn och år över hela riket, dock skulle av samma målsman avgift ej uttagas för fler än tre barn, varjämte avgiftsfrihet skulle kunna beviljas såväl obe-medlade som mindre bemedlade. Mot denna avgift skulle barnen erhålla behandling av akuta tandsjukdomar även under ferierna. För barn, som ej från första klassen deltaga i skoltandvården eller som utan laga förfall

utebli från föreskrivna revisioner, bör som regel gälla skyldighet att underkasta sig engångssanering mot särskild avgift, innan de berättigas erhålla skoltandvård mot vanlig avgift. En förutsättning för att skoltandvården skall ur samhällets synpunkt bli ekonomiskt försvarlig är nämligen, att tandvården påbörjas vid unga år och sedan systematiskt fullföljes genom årligen återkommande revisioner. Ifrågavarande skyldighet bör dock ej träda i kraft förrän skoltandvård införts över hela landet. Barn, som anmäla sig till behandling före skolåldern och därefter fullfölja tandvården genom årliga revisioner, böra i fråga om egen tandvårdsavgift likställas med skolbarn, medan för andra barn i förskolåldern böra gälla samma villkor som för vuxna.

Folktandvården för vuxna är avsedd att utgöra en direkt påbyggnad på skoltandvården och lämnas mot en av statlig myndighet fastställd låg taxa. Den bör i princip stå öppen för alla, oavsett förmögenhetsvillkor. Vid särskilt stark tillströmning av vuxna bör dock tandläkaren äga vidtaga sådana dispositioner, att de obemedlade och mindre bemedlades tandvårdsbehov bliva i första hand tillgodosedda.

Uppgiften att *organisera och handhåva* folktandvården bör anförtrös åt landstingen under viss medverkan av staten och primärkommunerna. Landstingen måste nämligen på grund av sin allmänna struktur antagas hava de bästa förutsättningarna för att på ett tillfredsställande sätt administrera en folktandvård av den omfattning, kommittén föreslår. Härvid må särskilt framhållas, att landstingens nuvarande ekonomiska bördor på andra områden kunna förväntas bliva avsevärt lättade bl. a. med genomförandet av den nya folkpensioneringslagen och de av kommittén i dess huvudbetänkande framlagda förslagen till den slutna sjukvårdens finansiering. Närmaste ledningen av folktandvården bör tills vidare tillkomma en av varje landsting tillsatt tandvårdsstyrelse.

Folktandvården förordas skola som regel meddelas vid fasta *polikliniker*, gemensamma för barn och vuxna. Ambulatorisk tandvårdsverksamhet bör komma till användning endast i sådana delar av landet, där med hänsyn till den ringa folkmängden eller andra omständigheter fasta polikliniker icke kunna med fördel anordnas. Där ambulatorisk tandvård måste förekomma, bör den utövas i för tillfället upplåtna, med viss fast utrustning försedda lokaler, i första hand skolor, dit tandläkaren från den fasta huvudpolikliniken medför erforderliga handinstrument. I större städer kan inrättandet av särskilda polikliniker för barn och för vuxna vara ägnat att medföra fördelar ur vårdsynpunkt.

För folktandvården förutsätts landstingsområdena indelade i *tandvårdsdistrikt*. Denna indelning avses bliva närmare utformad av landstingen i enlighet med vissa av kommittén angivna riktlinjer men bör slutligt prövas av Kungl. Maj:t eller medicinalstyrelsen. Ehuru det kunde vara av någon

fördel, att en undersökning av kariesfrekvensen föreginge en första indelning av landet i tandvårdsdistrikt, har kommittén av kostnads- och tidsbesparings-skäl icke förordat en sådan, helst som en viss reglering av tandvårdsdistrikten i allt fall lär bli oundviklig efter hand som folktandvården utvecklas. Enligt kommitténs uppfattning har man att med beaktande av givna administrativa och lokala förhållanden söka anpassa distrikten efter den arbetskvantitet, som en tandläkare vid *m e d e l h ö g* kariesfrekvens förmår prestera, varvid arbetstiden förutsättes utgöra i skoltandvård omkring 1 000 timmar och i annan tandvård c:a 1 100 timmar per år. Med denna utgångspunkt har kommittén till ledning för distriktsindelningen uppdragit följande huvudsakliga riktlinjer.

Ett tandvårdsdistrikt bör normalt omfatta c:a 1 000 skolpliktiga barn i åldern 7—14 år. I trakter med särskilt gles bebyggelse och dåliga kommunikationer må mindre distrikt inrättas. Å andra sidan må, där kommunikations- och andra lokala förhållanden så göra önskvärt, distrikten givas en större omfattning än den normala. Kommer distriktet härvid att omfatta mer än 1 200 skolpliktiga barn, bör distriktstandläkaren beredas biträde av annan tandläkare. Sedan någon tids erfarenhet vunnits, bör distriktstandläkaren, där kariesfrekvensen befinnes vara hög samt anslutningen av småbarn och vuxna stor, kunna påräkna hjälp även vid ett mindre antal skolpliktiga barn. Behovet av biträdande tandläkare prövas av medicinalstyrelsen och bör i första hand tillgodoses genom anlitande av distriktstandläkare i angränsande distrikt, i den mån dennes egen skoltandvård icke tager i anspråk 1 000 timmar av året, i andra hand genom anställande av särskilda, för ett eller flera landstingsområden gemensamma assistenttandläkare. Större städer, tillhörande landsting, och andra mera tätt befolkade bygder med goda kommunikationer kunna bilda ett distrikt med dubbla eller flerdubbla antalet barn och ett däremot svarande antal distriktstandläkare. Städerna utanför landsting avses stanna utom ramen för den egentliga distriktstandvården, dock under frivillig samverkan med resp. landsting för åstadkommande av en rationell tandvårdsorganisation. Vid tandvårdsdistriktens utformande i övrigt bör provinsialläkardistriktsindelningen i möjligaste mån följas.

En distriktsindelning enligt nu angivna riktlinjer beräknas för samtliga landstingsområden tillhoppa leda till ett antal tandvårdsdistrikt av 425 med c:a 575 distriktstandläkare och 40 assistenttandläkare. Preliminära förslag till distriktsindelning hava på anmodan av kommittén upprättats i samtliga län och hava av kommittén överarbetats för Kristianstads, Gävleborgs och Norrbottens län, valda som typer för skilda befolknings- och geografiska förhållanden inom landet.

Distriktstandvården förutsättes successivt *genomförd* under en ej alltför kort tid, förslagsvis 5 år. I första hand böra härvid komma län eller delar av län med ett ringa antal praktiserande tandläkare per invånare och ett

lågt antal invånare per ytenhet. I enlighet härmed föreslås distriktstandvård bliva under första organisationsåret införd i hela Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län samt i glest bebyggda delar av Västernorrlands, Kopparbergs, Värmlands, Göteborgs och Bohus, Kronobergs och Gotlands län.

Genomförandet av folktandvård inom ett distrikt bör med hänsyn till barn-tandvårdens grundläggande betydelse ske i följande ordning:

I första hand anordnas skoltandvård med början för första klassen och därefter under kortast möjliga övergångstid, högst tre år, sanering av samtliga klasser till och med den klass, som normalt motsvarar 14 års ålder. Jämsides härmed ehuru i andra hand vidtagas åtgärder för att åstadkomma en systematisk behandling jämväl av barnen före skolåldern. I sista hand meddelas tandvård åt vuxna med iakttagande av att åldersgrupper, som lämnat skolan med sanerad munhåla, givas företräde samt under beaktande av de bestämmelser i övrigt, som medicinalstyrelsen kan instruktionsledes utfärda.

Beträffande *distriktstandläkarnas anställnings- och avlöningsförhållanden* förordar kommittén i princip, att distriktstandläkarna fast anställas och åtminstone delvis fast avlönas av staten. För att trygga en tillfredsställande rekrytering böra ifrågavarande tjänster erhålla karaktären av ordinarie, dock först sedan tandvårdsorganisationen hunnit stadga sig. Under övergångsåren böra distriktstandläkarna givas en ställning, som motsvarar nuvarande extra-ordinarie befattningshavare, med rätt att för placering i löneklass tillgodoräkna viss del av tidigare verksamhet som kommunal skoltandläkare eller enskild praktiker. Extra ordinarie distriktstandläkare skulle tillsättas av medicinalstyrelsen, medan motsvarande befogenhet i fråga om ordinarie tjänster skulle tillkomma Kungl. Maj:t.

Ersättning till distriktstandläkarna föreslås utgå i form av dels lön, dels ersättning för utfört arbete. Lönen, som beräknas till i genomsnitt 5 400 kr. för år jämte dyrtids- och ålderstillägg, avses främst utgöra gottgörelse för skoltandvården men ock för skyldigheten att meddela tandvård åt barn före skolåldern och vuxna mot relativt låg ersättning. Denna ersättning förordas utgå beträffande barn i förskolåldern med ett fixt belopp av 6 kr. per år samt för vuxna enligt viss taxa. Sammanlagda inkomsten härav uppskattas vid full sysselsättning till c:a 2 900 kr. per år. Uppgår praktikinkomsten icke till 2 500 kr., avses komensation utgå i form av högre lön enligt en av kommittén föreslagen löneplan, vid vars uppgörande hänsyn även tagits till variationerna i levnadskostnaderna på olika orter. Den totala slutinkomsten skulle enligt dessa grunder komma att uppgå till 9 000 à 10 000 kronor. Tandläkaren förutsättes härvid tillhandahålla allt för tandvården erforderligt material, dock med rätt att för i skoltandvården använt sådant erhålla ersättning av landstinget med kr. 1:25 per barn och år. Rätt till enskild,

av taxa obunden praktik bör enligt kommitténs mening icke tillkomma distriktstandläkare, som dock mot fastställd taxa resp. avgift kan meddela folktandvård utöver den beräknade tiden.

Distriktstandläkarna föreslås erhålla pension efter liknande grunder som provinsialläkare och distriktsveterinärer med ett tjänstepensionsunderlag av omkring 4 500 kr. för man och 4 200 kr. för kvinna samt en pensionsålder av 63 levnads- och 30 tjänsteår.

Assistenttandläkarna förordnas av medicinalstyrelsen på viss tid mot en grundlön av 4 200 kr. per år jämte dyrtidstillägg samt reseersättning.

Enär det ur kostnadssynpunkt är av vikt att mera kvalificerad arbetskraft icke användes i större utsträckning än arbetets art och omfattning påfordra, förordar kommittén, att såsom *hjälpkrafter* i distriktstandvården anställas dels tandtekniker, dels tandsköterskor.

Behovet av *t a n d t e k n i k e r*, vilkens uppgift är att ombesörja den del av protestekniken, som utföres å laboratorium, gestaltar sig olika allt efter de vuxnas möjligheter att utnyttja folktandvården, m. m. Där behov av tandtekniker med hel arbetsdag kan antagas föreligga, t. ex. i distrikt med två eller flera tandläkare, kunna landstingen lämpligen, tills vidare erfarenhet vunnits, mot kontrakt anställa erforderligt antal tekniker, vilka i mån av utfört arbete erhålla ersättning av distriktstandläkarna efter viss av medicinalstyrelsen fastställd taxa, dock med garanti från landstingen för viss minimiinkomst, förslagsvis 1 800 kr. per år. Beträffande mindre distrikt förordas som allmän regel, att en kombinerad tandsköterska-tandtekniker anställles mot en årslön av lägst 2 400 kr. jämte ålderstillägg, att med 1 800 kr., motsvarande en vanlig tandsköterskas lön, bestridas av landstinget och med resten av tandläkaren. I en del ödemarksdistrikt och å andra håll kan man sannolikt räkna med att distriktstandläkaren själv hinna ombesörja allt erforderligt protesarbete.

T a n d s k ö t e r s k o r böra genom landstingets tandvårdsstyrelse fast anställas till minst det antal, som motsvarar antalet distriktstandläkare i länet. Härjämte böra för biträde åt assistenttandläkare anställas visst antal sköterskor mot kontrakt på viss tid. De fast anställda sköterskorna skulle i normala fall äga åtnjuta en lön av 1 800 kr. för år jämte ålderstillägg och reseersättning samt beredas pension genom inträde i statens pensionsanstalt på enahanda villkor som kommunalt anställda sjuksköterskor. För assistentsköterskorna föreslås en årslön av 1 600 kr. jämte ersättning för resor och särskilda kostnader vid uppehåll å annan ort än stationsorten.

Vissa kategorier, såsom abnorma och sinnesslöa m. fl., kunna icke utan vidare inordnas i den föreslagna distriktsorganisationen men böra tydligt icke lämnas utanför en socialt ordnad tandvård. Några enhetliga normer för tillgodoseendet av här avsedd tandvård kunna icke givas. Kommittén föreslår därför, att staten, för *komplettering* av distriktstandvården, till

varje statlig anstalt för abnorma, sinnesslöa, fallandesjuka och vanföra anslår visst belopp för tandvård och till övriga anstalter av hithörande slag lämnar visst bidrag per behandlat barn samt överlåter åt vederbörande anstaltsstyrelse att med beaktande av föreliggande lokala förhållanden och omständigheterna i övrigt bereda klientelet erforderlig tandvård. Liknande bestämmelser förordas för klientelet å skyddsuppfostringsanstalterna. Fångar vid central- och straffängelser föreslås erhålla tandvård i den omfattning, som erfordras för avhjälpan av akuta smärtor och för att fångens allmäntillstånd ej skall försämrast. Tandvård anses vidare böra meddelas, förutom såsom nu vid samtliga reumatikeravdelningar och pensionsstyrelsens fristående kuranstalter, vid samtliga sanatorier och kustsanatorier. Härjämte böra lasarets- och sjukstugupatienter beredas tandvård i den omfattning, de medicinska indikationerna det fordra. Tandvården må dock icke föranleda kvarhållande å sjukhuset av patient, som eljest skulle kunna utskrivas. Slutligen förordas, att patienter å statens och därmed jämställda kommunala sinnessjukhus beredas tandvård i den omfattning, som erfordras för upprätthållandet av ett gott fysiskt allmäntillstånd hos patienten.

Distriktpolikliknerna liksom härovan berörda anstaltspoliklikner avse endast att tillgodose den allmänna, grundläggande tandvården och böra utrustas därefter. Vissa fall kräva emellertid för sin behandling speciell utrustning och specialutbildning hos tandläkaren. Kommittén förordar därför, att såsom en *kvalitativ påbyggnad* å distriktstandvården och den därmed jämställda anstaltstandvården vid minst ett lasarett i varje landstingsområde, främst centrallasaretten, inrättas en specialutrustad tandpoliklinik med en specialutbildad tandläkare såsom chef. Denna poliklinik skulle i första hand utgöra remissinstans för behandling av mer komplicerade tandkirurgiska fall, tillhörande länets distriktstandvårdsklientel, samt i erforderliga fall ombesörja röntgenundersökning. Härjämte skulle den tillgodose lasarettets eget behov av käkprotetisk och käkortopedisk vård samt stå till förfogande för konsultation och behandling i viss utsträckning av inneliggande patienter. — Utöver dessa specialisttandpolikliniker förordas särskilda anordningar för odontologisk specialvård av barn med kluven gom.

Den *centrala ledningen och inspektionen* av folktandvården föreslås bliva förlagd till medicinalstyrelsen, inom vilken den främst skulle handhavas av en byrådirektör som chef. Under denne skulle tjänstgöra till en början en och sedermera två tandvårdsinspektörer, vilka skulle ombesörja huvuddelen av tandvårdsinspektionen ute i landet och verkställa i anslutning därtill erforderlig rapportgranskning. Härjämte skulle anställas en byråassistent med uppgift att bistå byrådirektören och tandvårdsinspektörerna med kansliarbete, i första hand statistiskt arbete, ävensom ett kvinnligt skrivbiträde. Ifrågavarande befattningshavare skulle tills vidare anställas å icke-ordinarie stat, varvid tandvårdsinspektörerna skulle tagas ur distrikts-

tandläkarnas led och förordnas för viss tid åt gången. Med den sålunda föreslagna organisationen beräknas varje tandvårdsdistrikt komma att i genomsnitt bli inspekterat en gång vart tredje eller fjärde år.

Vid sina *kostnadsberäkningar* har kommittén skilt mellan distriktstandvården och annan allmän tandvård. Bruttokostnaderna för distriktstandvården uppskattas till 2 800 000 i engångsutgifter samt 7 775 000 kr. i årliga utgifter, fränsett utgifter för dyrtidstillägg, pensionering och resor. Engångsutgifterna, som äro avsedda att fördelas på 5 år, beräknas kunna ej obetydligt nedbringas genom central upphandling av erforderliga instrument och andra inventarier eller genom övertagande i vissa fall av privata tandläkares i bruk varande utrustning. Landstingen böra såsom huvudmän i princip stå för engångsutgifterna. För att underlätta distriktstandvårdens genomförande bör dock staten lämna visst bidrag, förslagsvis med $\frac{1}{3}$ av kostnaderna för erforderlig utrustning. Man torde ock kunna räkna med att kostnaderna för inredning av poliklinik i en del fall komma att bäras av den kommun, dit polikliniken förlägges. De årliga utgifterna avses komma att till ett belopp av 2 180 000 kr. täckas av inflytande behandlingsavgifter, varvid dock vederbörande primärkommuner beräknas i åtskilliga fall få träda emellan för obemedlade eller mindre bemedlade. Återstående belopp, 5 595 000 kr., föreslås skola fördelas mellan staten och landstingen sålunda, att staten bestrider 3 848 000 kr., motsvarande kostnaden för tandläkarnas avlöning, och landstingen resten, 1 747 000 kr., motsvarande kostnaden för tandsköterskornas avlöning och poliklinikernas drift i övrigt. Härutöver skulle staten komma att bestrida kostnaderna för tandläkarnas och tandsköterskornas pensionering, medan landstingen skulle stå för de med tandläkarnas och tandsköterskornas resor förenade utgifterna. Primärkommunerna skulle, bortsett från obemedlade och mindre bemedlades behandlingsavgifter, endast svara för kostnaderna för skolbarnens resor. Om kostnaderna för folktandvården i städerna utanför landsting fördelas efter motsvarande grunder, vilket kommittén för sin del ansett sig böra förorda, skulle detta medföra en årlig kostnadsökning för staten, fränsett utgifter för dyrtidstillägg och pensionering, med omkring 600 000 kr., medan städernas kostnad skulle stanna vid omkring 300 000 kr.

Kostnaderna för den med distriktstandvården jämförliga tandvården vid vissa anstalter och sjukhus anser kommittén böra bestridas av vederbörande huvudman, dock att staten som nämnt till icke-statliga anstalter bör lämna ett visst bidrag för varje behandlat barn, avsett att motsvara statens bidrag till tandvård åt normala skolbarn. En tillämpning av dessa grunder skulle enligt kommitténs beräkningar medföra en årlig kostnad av för staten 150 000 kr., för landstingen likaledes 150 000 kr. samt för städerna utanför landsting 75 000 kr., vilka belopp dock äro mycket approximativa. Kostnaderna för specialisttandvården däremot skulle helt åvila vederbörande

huvudman och beräknas vid full utbyggnad föranleda en årlig nettoutgift av för landsting 137 500 kr. och för storstäderna 33 000 kr.

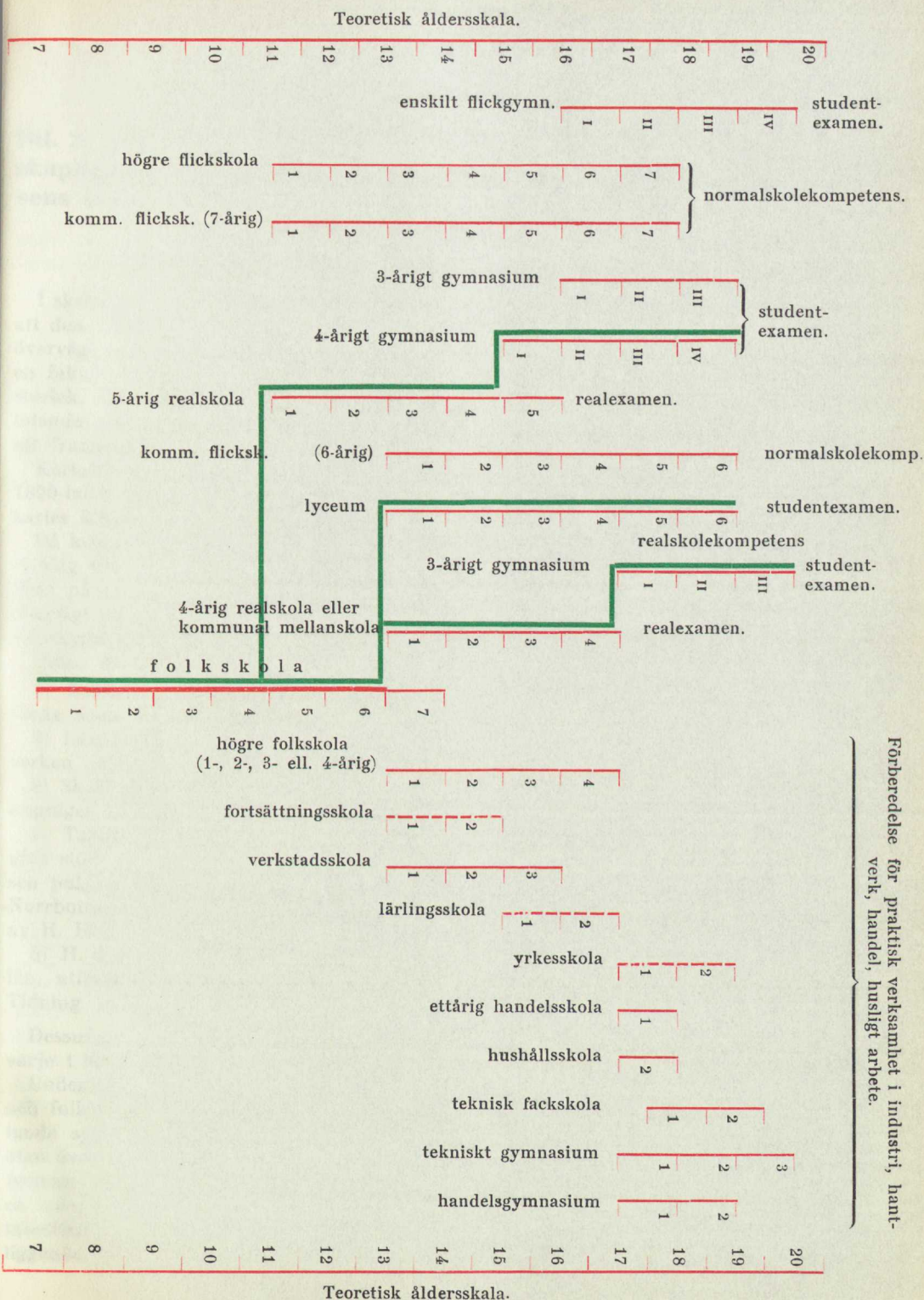
Kostnaderna för folktandvårdens centrala ledning och inspektion slutligen, som kunna uppskattas till sammanlagt 60 000 kr. för år, böra helt åvila staten.

Enligt här angivna grunder och beräkningar skulle alltså folktandvården, frånsett utgifter för dyrtidstillägg, pensionering, resor och vissa behandlingsavgifter, medföra en årlig kostnad av 4 658 000 kr. för staten, 2 034 500 kr. för landstingen och 408 000 kr. för städerna utanför landsting.

B I L A G O R

BILAGOR

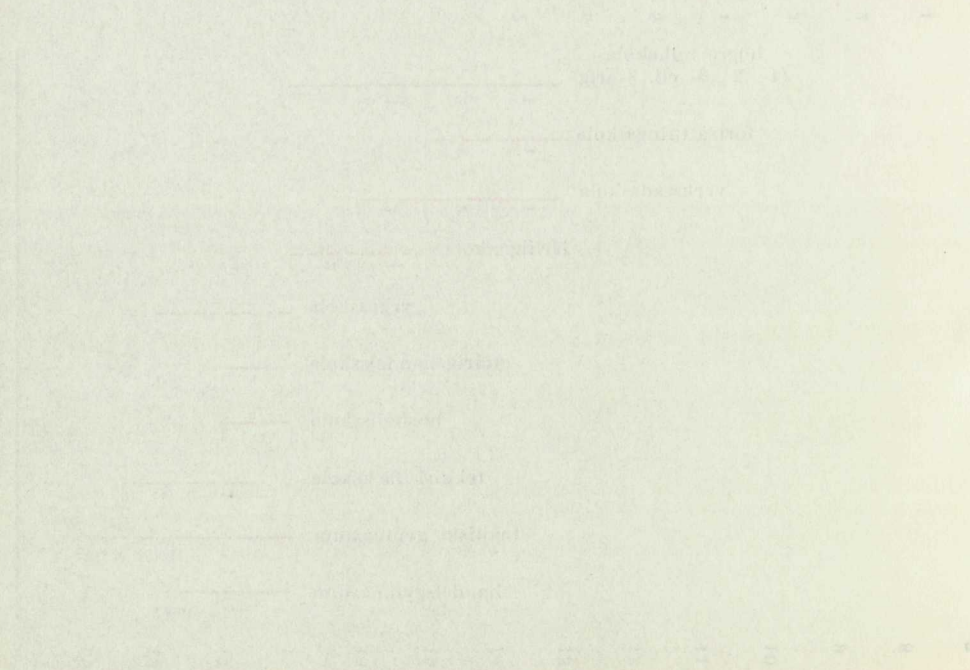
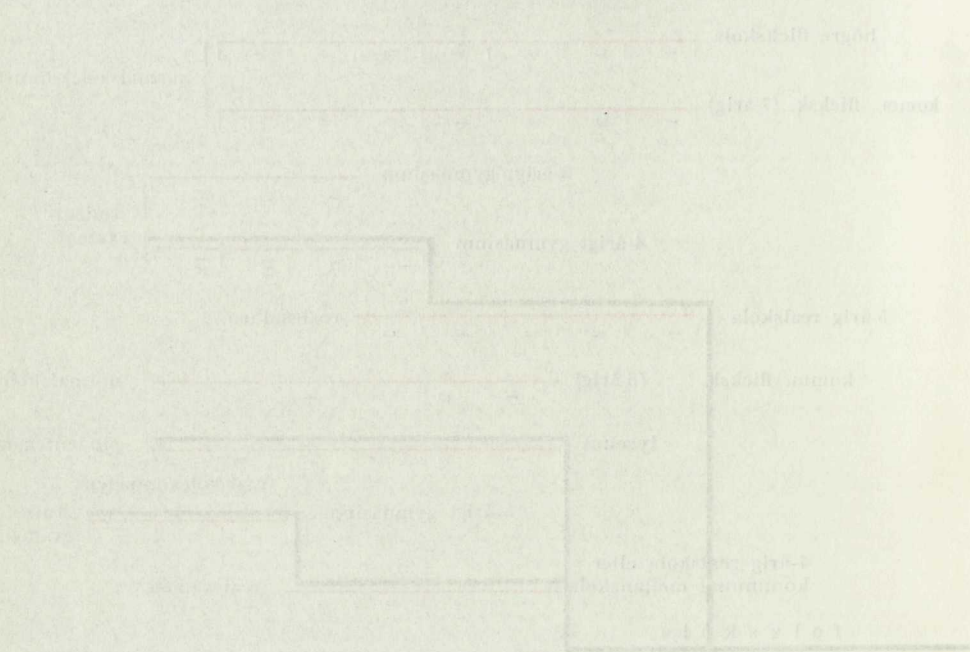
Bil. 1. De svenska barndoms- och ungdomsskolorna.



Förberedelse för praktisk verksamhet i industri, hantverk, handel, hushållsarbete.

Anm. Med grönt utmärkas de båda huvudvägarna till studentexamen.
Prickade linjer avse icke heltidsläsande praktiska skolor.

North America



Bil. 2. Utredning av medlemmen utav medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, tandläkaren H. G. Ramberg angående kariesfrekvensens betydelse för en indelning av riket i tandvårdsdistrikt m. m.

Till Statens sjukvårdskommitté.

I skrivelse av den 21 februari till undertecknad har sjukvårdskommittén meddelat, att den under sin utredning av frågan om ordnande av folktandvård i riket även övervägt spörsmålet, huruvida kariesfrekvensen i de olika orterna kan anses vara en faktor, som skulle komma att i väsentlig grad inverka på tandvårdsdistriktens storlek. Då kommittén med anledning härav även anhållit om undertecknads uttalande och önskat svar å sina framställda frågor i ärendet, har jag härmed äran att framlägga min uppfattning i det föreliggande ämnet.

Kariesfrekvensundersökningar hava som bekant utförts här i landet allt sedan 1890-talet, ursprungligen motiverade av önskan att bidra till utforskandet av karies ätiologi, men sedermera även av andra mer praktiskt betonade intressen.

Då kommittén nu frågar, om vår nuvarande kunskap om kariesfrekvensen är tillräcklig för att bestämt giva vid handen, att tandvårdsdistriktsindelningen väsentligen påverkas av kariesfrekvensen, så torde det för att besvara denna fråga vara lämpligt att först lämna en kortfattad framställning och en granskning av de undersökningar rörande den nutida kariesfrekvensen i vårt land, som hittills utförts.

Dessa äro:

- 1) Svenska Tandläkare-Sällskapets undersökningar av skolbarnens tänder utförda åren 1895—1901; resultaten publicerade i Svensk Tandläkartidskrift 1916.
- 2) Läroverksöverstyrelsens munhygieniska undersökningar vid de allmänna läroverken utförda åren 1913—16. Resultaten publicerade i S. T. T. 1918.
- 3) Skolvårdssakkunniges undersökningar åren 1913 och 1914. Publicerade i Sak-kunniges betänkande »Om tandvård för skolungdom» år 1917.
- 4) Tandundersökningar utförda i Västerbottens, Norrbottens och Malmöhus län med stöd av medicinalstyrelsen åren 1929—31. Resultaten rörande kariesfrekvensen publicerade år 1934 i: »En socialhygienisk undersökning i Västerbottens och Norrbottens län» del III »Tandrötans bild och frekvens m. m. i övre Norrland» av H. Holtz.
- 5) H. Robért: Undersökning av tandrötans geografiska utbredning inom Kalmar län, utförd åren 1931—34. Resultaten publicerade i Sveriges Tandläkarförbunds Tidning 1934.

Dessutom bör här även erinras om det rikliga material, som inrymmes i de vid varje i landet befintlig skoltandklinik förda journalerna över verksamheten.

Undersökningen nr 1 omfattar ett material å 16 893 barn i allmänna läroverk och folkskolor å 29 orter i olika delar av landet. Den hade ett mycket vittomfattande syfte, nämligen ej blott en statistik över kariesfrekvensen på olika orter utan även en utredning av näringsmedlens och dricksvattnets inverkan på tänderna (genom samtidig läkarundersökning). Det insamlade materialet blev bearbetat ur en mängd olika synpunkter, framlagda i ett 25-tal tabeller, av vilka dock endast tabellerna 15—16, till vilka jag hänvisar, hava ett direkt intresse för den föreliggande frågan.

Undersökningen nr 2, vartill riksdagen beviljade anslag å kr. 6 700, omfattade 23 635 lärjungar vid rikets högre allmänna läroverk, realskolor och samskolor. Undersökningen var helt och hållet förlagd till stadssamhällen. Det insamlade materialet bearbetades inom läroverksöverstyrelsen och resultatet härav har sedermera framlagts i form av några tabeller och diagram, av vilka tabellerna I—III hava intresse för den föreliggande frågan (Sv. Tandläkartidskrift 1918).

Undersökningen nr 3 var av tvåfaldig art. Dels infordrade sakkunnige uppgifter från våra skoldistrikt rörande tändernas beskaffenhet hos lärjungarna och läto sedermera bearbeta detta betydligt gallrade material (12 distrikt). Dels utförde på sakkunniges uppdrag en tandläkare kariesfrekvensundersökning å skolbarn: 500 i 5 skoldistrikt i Skåne, 500 i 6 distrikt i Småland och 500 i 6 distrikt i Västerbotten. Materialet bearbetades sedermera ur åtskilliga synpunkter men för den föreliggande frågan torde endast följande siffror vara av direkt intresse.

Skolbarnen hade:

- i Småland 9 friska, 11·7 skadade och 3·2 saknade tänder,
- i Skåne 12·1 friska, 9·1 skadade och 2·6 saknade tänder,
- i Västerbotten 12·5 friska, 8·9 skadade och 2·6 saknade tänder.

Undersökningen nr 4 har utförts inom Västerbottens, Norrbottens och Malmöhus län. De norrländska undersökningarna omfattade nästan uteslutande mindre platser och småbyar i såväl fjällzonen, kustzonen som mellanzonen. I Skåne undersöktes Lunds och Svedala provinsialläkardistrikt. Kariesmaterialet utgöres av 4 194 individer, därav 3 275 äro barn i åldern 7—15 år (av dessa 397 i Skåne). Det insamlade materialet har gjorts till föremål för synnerligen mångsidiga statistiska bearbetningar och hänvisar jag speciellt till tabellerna 11 och 13 såsom varande av intresse för den föreliggande frågan.

Rörande resultaten av kariesundersökningarna föreligger ett uttalande, som torde böra återgivas här, av den som utfört bearbetningen:

»I Västerbotten visar sig sålunda sjukdomen inom de olika zonerna med högst olika intensitet och karaktär. Inom fjäll- och ödemarkzonen (Stensele) finna vi mycket lätta former, inom kustzonen (Umeå) medelsvår karies och inom mellanzonen (Åsele) lätt karies, som dock till sin karaktär är svårare och mera avancerad än i Stensele. Samma är förhållandet i Norrbotten. De svåraste formerna finna vi här inom kustzonen (Kalix) där sjukdomen måste anses hava en mycket svårartad karaktär. Nästan varje individ är här angripen och ofta genom hela bettet. Något bättre ställer det sig inom mellanzonen (Jokkmokk) ehuru även här svår karies föreligger. Minst karies (medelsvår) finna vi inom fjäll- och ödemarkzonen (Kiruna) där förhållandena i karieshänseende överensstämma med Umeås.»

Undersökningen nr 5 omfattar 10 000 skolbarn å landsbygden i Kalmar län (nästan hela länet, men inga städer med undantag av Vimmerby och Kalmar). Materialet har bearbetats uteslutande beträffande kariesfrekvensen i olika orter och skolor, och resultatet har sammanförts i en karta över länet med sifferuppgift om de olika socknarnas kariesfrekvens. Författaren uttalar sig bl. a. sålunda:

»Denna undersökning visar att tandrötan i länet har en utpräglad geografisk utbredning med starka variationer dels inom länet, dels i förhållande till annat län — — — —. Anmärkningsvärd är dess ringa utbredning i fastlandets kustlandskap alltifrån ett par mil söder om Kalmar t. o. m. V. Eds socken i norr.» I Vimmerby visade sig barnen ha betydligt bättre tänder än kringliggande socknars barn. I Kalmar lämnade undersökningen högst olika resultat från olika skolor. De ursprungliga stadsdelarna hava synnerligen hög kariesfrekvens, medan de nyinkorporerade stadsdelarna visa samma som i kringliggande landsbygd.

Vad slutligen beträffar skoltandklinikernas material så är ju detta av synnerligen stort omfång, kanske berörande 100 000 barn, som systematiskt behandlats

år för år. Såvitt mig är bekant, är detta material ej publicerat med undantag av några få städers.

Genom denna kortfattade resumé över hittillsvarande studier rörande kariesfrekvensens geografi föreligger alltså en orienterande överblick över området.

Frågar man sig, efter att hava studerat dessa undersökningars planläggning, utförande och resultat sådana de framgå ur nämnda artiklar, tabeller etc., huruvida de lyckats klarlägga frågan om kariesfrekvensens ortsvariationer, så måste man tyvärr konstatera, att detta ingalunda är fallet, ja man kan knappast säga, att mer än några smärre bidrag här till lämnats och att även rörande dessa bidrags värde kritiska invändningar kunna göras. Då här icke är platsen att göra en detaljgranskning av det publicerade materialet, vill jag endast framhålla några allmänna synpunkter. I de båda först utförda, stort lagda undersökningarna framträder skarpt deras begränsning, som utmärkes av, att endast stadssamhällen blivit undersökta och ej i någon mån landsbygden, varigenom deras värde för det föreliggande spörsmålet reducerats i betänkligaste grad. De senast utförda undersökningarna hava visserligen förlagts till landsbygden (städerna uteslagna), men äro begränsade till i ena fallet ett helt län, i andra fallet till tre län (men undersökningarna i dessa tre län omfatta så liten del, c:a 4 % av barnmaterialet, att försiktighet är av nöden i fråga om generalisering av resultaten), och i tredje fallet blott smärre stickprov i två av dessa län samt ytterligare ett län. Med undantag av konstaterandet av de variationer i kariesfrekvensen på olika orter, som vid respektive tidpunkter framgått, hava emellertid icke några försök gjorts att utfinna något sammanhang däremellan eller att därur draga några slutsatser, som kunna tjäna som vägledning i spörsmålet om kariesfrekvensens geografi. Dock hava beträffande de två senaste undersökningarna respektive bearbetare ansett sig kunna konstatera, att kariesfrekvensen i Västerbottens och Norrbottens län avtager från kusten inåt landet, medan ett motsatt förhållande skulle äga rum i Kalmar län.

Vad som emellertid enligt min åsikt ytterligare lägger hinder i vägen för att begagna dessa publicerade flerortsundersökningar som underlag för en allmän distriktsindelning, är det förhållandet, att de samtliga äro utförda som engångsundersökning och sålunda endast varit avsedda att vid en viss tidpunkt (undersökningarna hava utförts vid skilda tillfällen under en tidrymd av nära 40 år) ge en bild av kariesprocessens mångåriga, mer eller mindre ohejdade härjningar i den dåvarande skolbarnsgenerationens tandrader. För den praktiska åtgärd, som en distriktsindelning innebär, är det dock givetvis av mindre intresse och värde att äga kännedom om ett sådant tillstånd, vars avhjälpande endast betyder ett engångsarbete, än att få kunskap om det arbete, som för framtiden kommer att årligen fordras för att hålla kariesprocessen stången. Jag återkommer till denna fråga här nedan.

Av anförda skäl måste jag därför besvara kommitténs första fråga på så sätt, att jag finner vår nuvarande kunskap rörande kariesfrekvensens geografiska fördelning alltför ofullständig och otillfredsställande för att kunna tilldelas något inflytande vid en eventuell distriktsindelning.

Kommitterades trenne övriga frågor tillåter jag mig behandla i ett sammanhang; de beröra nämligen alla ett och samma spörsmål: en ny undersökning.

Det uppställer sig då först den frågan till besvarande, vilket ändamål en sådan undersökning skulle fylla. Kommitterade hava för avsikt att indela landet i tandvårdsdistrikt och att, om det kan visas att kariesfrekvensen är en faktor av betydelse, även låta denna inverka på storleken av respektive distrikt. Vi äga icke f. n. såsom ovan visats erforderlig kunskap rörande kariesfrekvensens variationer här i landet och än mindre rörande orsakerna till och sammanhanget mellan de-

samma, att vi därav kunna draga några slutsatser för hela landets indelning, ja, ej ens för ett enda distrikt. En ändamålsenlig undersökning rörande kariesfrekvensen måste därför giva en bild av kariesfrekvensen i landets samtliga län. Härvid kunna givetvis sådana orter, där redan sedan några år en systematisk tandvård för skolbarnen finnes införd, genom sina årliga journaler lämna erforderligt material. Denna bild måste även vara av den art, att den kan lämna svar på den för sammanhanget mellan kariesfrekvensen och distriktsindelningen avgörande frågan, huruvida kariesfrekvensen är i stort sett konstant. Är så icke förhållandet utan de årliga variationerna betydande, finnes ju icke någon anledning, att låta distriktsindelningen påverkas av kariesfrekvensen.¹ Härav följer sålunda, att en ny undersökning måste uppläggas icke såsom en engångsundersökning utan som en serieundersökning, m. a. o. den måste utföras i varje län å varje ort å samma material ett visst antal år i följd (förslagsvis fem år).

En betydelsefull förutsättning är, att det upptecknade undersökningsmaterialet göres så tillförlitligt som möjligt. På en kariesfrekvensundersökning, som skulle tillfredsställa vetenskapliga krav på absolut exakthet, måste ju ställas de strängaste fordringar på undersökarens kvalifikationer, anordningar för undersökningens utförande (röntgen, belysning m. m.) och man måste uppställa en sådan definition på begreppet karies att även dess tidigaste makroskopiskt iakttagbara stadier bliva upptecknade. Men för en undersökning som denna med ett uteslutande praktiskt ändamål torde man kunna åtnöja sig med i vissa avseenden sänkta fordringar. Undersökningarna skulle sålunda endast avse upptecknande av varje sådan kariesprocess, som möjliggör inträngandet i densamma med en fin sondspets; i stället för röntgen finge man begagna sig av s. k. separatorer för approximalkaries etc. Som undersökare borde anställas en eller några få nyblivna tandläkare, vilkas lämplighet härför borde fastställas av lärarna vid tandläkarinstitutet och vilka samfällt skulle erhålla en gemensam övning och instruktion före arbetets början. Genom cirkulation i fråga om arbetsfält kunde en önskvärd kontroll erhållas.

För en serieundersökning av ovan skisserade art skulle förslagsvis åtgå 5 år såsom varande den kortaste tidsperiod, under vilken frekvensens stadga eller rörelser kunna studeras.

Kostnaderna för en sådan undersökning beräknar jag approximativt på följande sätt. Undersökning av 1 barns tandrader erfordrar i genomsnitt en tid av minst 5 min. 270 arbetsdagar å 7 timmar = 1 890 tim. = 113 400 min. Följaktligen kan en tandläkare under 1 år undersöka 22 680 barn eller lämpligen avrundat till 20 000 barn, på grund av spilltid för instrumentkokning etc. I distriktstandvård beräknas 500 000 barn ingå (härifrån kunna fråräknas barn å de orter, som redan äga skoltandvård, approximativt 100 000 barn, återstå 400 000 barn). Alltså erfordras 20 tandläkare. Årslön kr. 6 000. Årskostnad kr. 120 000. För 5 år kr. 600 000, var till komma utgifter för resor, blanketter, statistisk bearbetning, publicering m. m.

Med ovanstående skiss av en eventuell ny kariesfrekvensundersökning har jag besvarat kommitterades fråga nr 3.

Frågan nr 2 om en ny undersökning kan giva en bättre ledning för distriktsindelningen, vill jag besvara på så sätt, att en ny undersökning kommer att giva en ingående kunskap om den årliga kariesfrekvensen på de olika orterna inom landet, men att någon säker ledning för avdelandet av ett distrikt endast kan erhållas härav under förutsättning av, att kariesfrekvensen visar konstanta siffror å varje ort för sig.

¹ Vid Stockholms stads folkskolekliniker t. ex. hava under åren 1929—1934 på s. k. revisionsbarn utförts fyllningar till ett antal i medeltal å varje barn per år 2'11—2'23—2'41—2'45—2'63, och vid Göteborgs kliniker har under 10 år medelsiffran vuxit från 2'9 till 4'2.

Vad slutligen kommitténs sista fråga (nr 4) beträffar, nämligen huruvida tid och kostnader för en ny undersökning kunna anses stå i rimligt förhållande till det med densamma åsyftade resultatet, förefaller det mig, att så icke skulle bliva förhållandet. Om undersökningen komme att lämna ett negativt resultat beträffande ledning vid distriktsindelningen, så bleve ju både tid och stora kostnader förbrukade, utan att det åsyftade målet vunnits. Om åter resultaten bleve positiva, så hade likväl tillgodoseendet av svenska folkets, enkannerligen skolbarnens, tandvård fördröjts i 5 år och de stora kostnaderna skulle icke lämnat några andra resultat än sådana, som utan kostnader kunna utvinnas genom en distriktsverksamhet under lika lång tidsperiod och en därunder försiggående anpassning efter de framträdande behoven.

Stockholm den 18 mars 1935.

H. Ramberg.

Bil. 3. Statens sjukvårdskommittés förslag till distriktsindelning för tandvård i Kristianstads län.

Distriktsnummer å kartan (bil. 3 a)	Geografisk omfattning	Folkmängd den 1/1 1933	Antal skolpliktiga barn vid slutet av vårterminen 1933	Station(er) för tandläkare och antal distrikts-tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial-läkare	Distrikts-tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Antal rann-assistenter och tandläkare för följande antal barn
I	Båstads socken Torekovs » V. Karups » Hovs » Grevie »	8 278	1 242	Båstad 1 tandläkare	Båstad	1 000	2
II	Ängelholms stad Höja socken Starby » Ausås » Strövelstorps » Barkåkra » Förslövs » Rebbelberga »	15 695	2 024	Ängelholm 2 tandläkare	Ängelholm	1 012	
III	Hjärnarps socken Tostarps » Össjö » Källna » Tosjö » Munka-Ljungby »	7 967	1 190	Munka-Ljungby 1 tandläkare	(Ängelholm)	1 190	
IV	Ö. Ljungby socken Gråmanstorps » Vedby » V. Sönnarslövs » Stenestads »	9 172	1 306	Klippan 1 tandläkare	Klippan	1 000	3
V	Björnekulla socken V. Broby » Kvidinge »	8 259	1 259	Åstorp 1 tandläkare	(Klippan)	1 000	2
VI	Riseberga socken Perstorps » Färingtofta »	7 212	1 021	Ljungbyhed 1 tandläkare	(Klippan)	1 021	
VII	Örkelljunga socken Fagerhults » Rya » Oderljunga » Röke » Hishults s:n (länsdel)	10 899	> 1 579	Örkelljunga 1 tandläkare	Örkelljunga	1 000	> 5
VIII	N. Mellby socken Tjörnarps » Brönnestads » Matteröds » Häglinge »	6 079	897	Sösåla 1 tandläkare	(Hässleholm)	1 018 (897 + 121, jfr IX)	

Distriktsnummer årtal. a)	Geografisk omfattning		Folk-mängd den 1/1 1933	Antal skol-pliktiga barn vid slutet av vår-terminen 1933	Station(er) för tandläkare och antal distrikts-tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial-läkare	Distrikts-tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Ambule-rande assistent-tandlä-kare sva-rar för följande antal barn
IX	Stoby	socken	15 025	2 106	Hässleholm	Hässleholm	993	—
	Vankiva	»			2 tandläkare		(121 ¹ behand-las av tand-läkaren i VIII)	
	Ignaberga	»						
	Finja	»						
	Hörja	»						
	V. Torups	»						
	Hässleholms	stad						
X	Vinslövs	socken	6 114	956	Vinslöv	(Hässleholm)	956	—
	Sörby	»			1 tandläkare			
	Nävlinge	»						
	Gumlösa	»						
	N. Sandby	»						
XI	N. Åkarps	socken	7 748	1 154	Bjärnum	(Hässleholm)	1 154	—
	Farstorps	»			1 tandläkare			
	Vittsjö	»						
	Verums	»						
XII	Osby	socken	9 807	1 352	Osby	(Broby)	1 040	—
	Hästveda	»			1 tandläkare		(312 ² behand-las av tandlä-karen i XIII)	
	Visseltofta	»						
	Loshults	»						
XIII	Örkeneds	socken	4 560	708	Lönsboda	(Broby)	1 020	—
					1 tandläkare		(708 + 312, jfr XII)	
XIV	Glimåkra	socken	6 087	954	Glimåkra	(Broby)	954	—
	Iljarsås	»			1 tandläkare			
XV	Ö. Broby	socken	6 985	1 084	Broby	Broby	1 084	—
	Emislövs	»			1 tandläkare			
	Knisslinge	»						
	Kviinge	»						
	Gryts	»						
XVI	Vånga	socken	7 135	1 142	Näsum	(Kristianstad och Jämshögsby)	1 142	—
	Näsums	»			(tidvis i Ivetofta)			
	Ivetofta	»			1 tandläkare			
XVII	Önnestads	socken	32 253	4 879	Kristianstad	Kristianstad	1 082—3	—
	Ivö	»			(tidvis i Fjälkinge)	Åhus	(550 behand-las av tandlä-karna i XXIV)	
	Kiaby	»			och tidvis i Åhus			
	Trolle-Ljungby	»			köping)			
	Gualövs	»			4 tandläkare			
	Oppmanna	»						
	Österslövs	»						
	Fjälkinge	»						
	Nymö	»						
	Fjälkestads	»						
	Gustav Adolfs	»						
	Rinkaby	»						
	Nosaby	»						
	Färlövs	»						

¹ Ignaberga socken. — ² Loshults socken.

Distrikts- num- mer å kartan (bil. 3 a)	Geografisk omfattning	Folk- mängd den 1/1 1933	Antal skol- pliktiga barn vid slutet av vår- terminen 1933	Station(-er) för tandläkare och antal distrikts- tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial- läkare	Distrikts- tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Antal ran- assis- tan- läkare följa an- barn
	N. Strö socken						
	Vå »						
	N. Åsums »						
	Skepparslövs »						
	Köpinge »						
	Åhus »						
	Åhus köping						
XVIII	V. Vrams socken	8 671	1 352	Tollarp	Tollarp	1 000	
	Ö. Vrams »			1 tandläkare			
	Ö. Sönnarslövs »						
	Träne »						
	Djurröds »						
	Åsphults »						
	Linderöds »						
	Lyngsjö »						
XIX	Huaröds socken	7 326	1 109	Degeberga	(Tollarp och	1 109	
	Everöds »			1 tandläkare	Brösarp)		
	Vittskövle »						
	Degeberga »						
	Hörröds »						
	Maglehems »						
	Andrarums »						
XX	Ravlunda socken	8 963	1 232	Vitaby	(Brösarp)	1 000	
	Brösarps »			1 tandläkare			
	S. Mellby »						
	Vitaby »						
	Eljaröds »						
	S:t Olofs »						
	Fågeltofta »						
	Rörums »						
XXI	Tosterups socken	11 295	1 626	Tomelilla	(Borrby)	1 000	
	Tranås »			1 tandläkare			
	Onslunda »						
	Kverrestads »						
	Tryde »						
	Spjutstorps »						
	Ullstorps »						
	Bollerups »						
	Övraby »						
	Benestads »						
	Tomelilla köping						
XXII	Smedstorps socken	14 075	2 109	Simrishamn	(Borrby)	1 055	
	Ö. Herrestads »			(tidvis i Stiby)			
	Ö. Ingelstads »			2 tandläkare			
	Simris »						
	Ö. Nöbbelövs »						
	Gladsax »						
	Ö. Tommarps »						
	Järrestads »						
	Stiby »						
	Bolshögs »						
	Ö. Vemmerlövs »						
	Simrishamns stad						

	Geografisk omfattning		Folk- mängd den 1/1 1933	Antal skol- pliktiga barn vid slutet av vår- terminen 1933	Station(-er) för tandläkare och antal distrikts- tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial- läkare	Distrikts- tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Ambule- rande assistent- tandlä- kare sva- rar för följande antal barn
XIII	Glemminge socken		13 418	1 946	Borrby 2 tandläkare	Borrby	973	—
	Hammenhøgs »							
	Hannas »							
	Ö. Hoby »							
	Ingelstorps »							
	Valleberga »							
	Löderups »							
	Hörups »							
	Borrby »							
	Vallby »							
XIV	Kristianstads stad		14 197	1 615	Kristianstad 2 tandläkare	—	1 083 (808 + 275, jfr XVII)	—
	Summa		—	—	32 distriktstand- läkare	—	—	2 596

Anmärkningar till bil. 3.

Antal tandläkardistrikt = 24.

» distriktstandläkare = 32.

» skolpliktiga barn per distriktstandläkare: min. 954, max. 1 190.

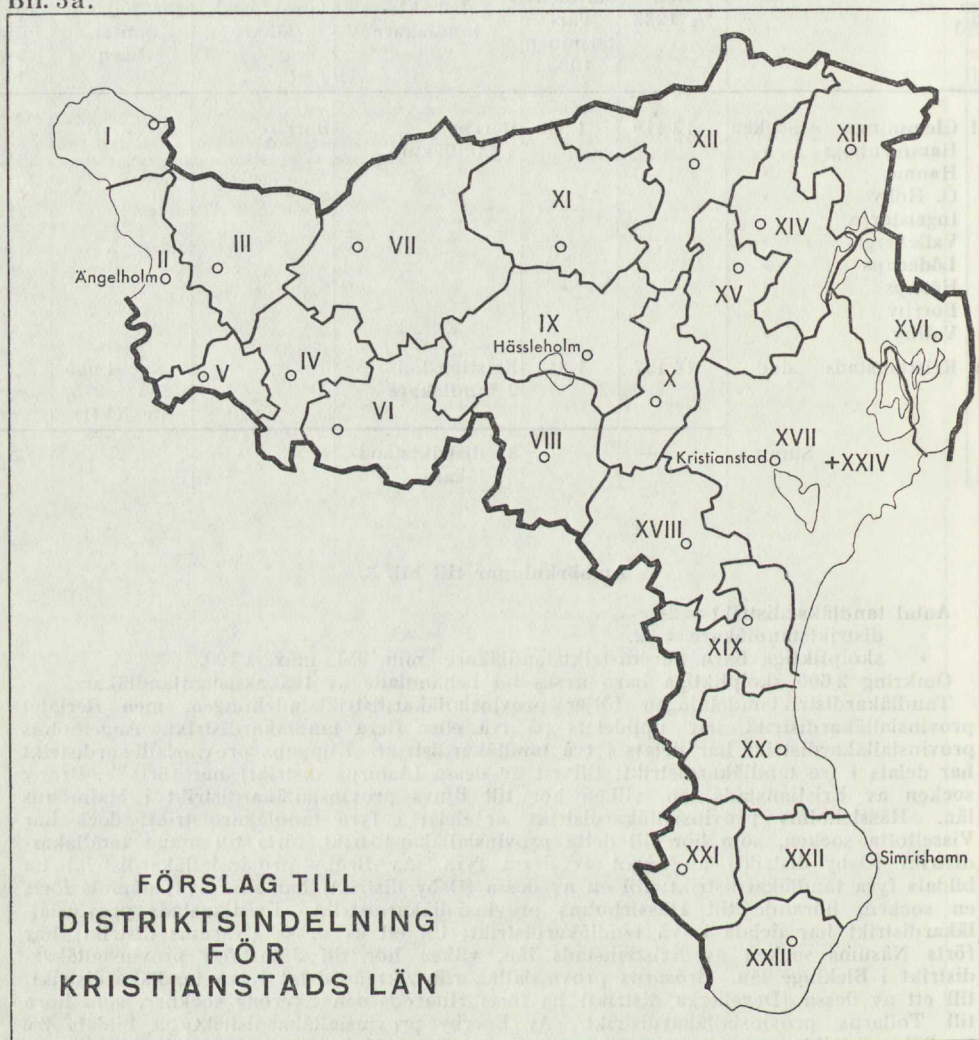
Omkring 2 600 skolpliktiga barn avses bli behandlade av två assistenttandläkare.

Tandläkardistriktsindelningen följer provinsialläkardistriktsindelningen, men flertalet provinsialläkardistrikt har uppdelats på två eller flera tandläkardistrikt. Ängelholms provinsialläkardistrikt har delats i två tandläkardistrikt. Klippans provinsialläkardistrikt har delats i tre tandläkardistrikt; till ett av dessa (Åstorps distrikt) har förts V. Broby socken av Kristianstads län, vilken hör till Bjuvs provinsialläkardistrikt i Malmöhus län. Hässleholms provinsialläkardistrikt är delat i fyra tandläkardistrikt; dock har Visseltofta socken, som hör till detta provinsialläkardistrikt, förts till annat tandläkardistrikt (Osby distrikt) än något av dessa fyra. Av Broby provinsialläkardistrikt ha bildats fyra tandläkardistrikt; till ett av dessa (Osby distrikt) har som nyss nämnts förts en socken, hörande till Hässleholms provinsialläkardistrikt. Kristianstads provinsialläkardistrikt har delats i två tandläkardistrikt; till ett av dessa (Näsums distrikt) har förts Näsums socken av Kristianstads län, vilken hör till Jämshögs provinsialläkardistrikt i Blekinge län. Brösarps provinsialläkardistrikt är delat i två tandläkardistrikt; till ett av dessa (Degeberga distrikt) ha förts Huaröds och Everöds socknar, som hör till Tollarps provinsialläkardistrikt. Av Borrby provinsialläkardistrikt ha bildats tre tandläkardistrikt.

På grund av den omfattande delningen av provinsialläkardistrikten kunna 13 av de 24 tandläkardistrikten icke ha samma station för tandläkaren som provinsialläkarstationen. För de vid bortseende från Kristianstadsdistriktet nr XXIV återstående 10 tandläkardistrikten utgöra de föreslagna tandläkarstationerna tillika station för ordinarie eller extra provinsialläkare med undantag endast för distrikt nr XX, där Vitaby förordas som station för tandläkaren i stället för provinsialläkarstationen Brösarp, enär, enligt vad förste provinsialläkaren i länet upplyst, Vitaby har ett bättre läge för distriktet ur kommunikationssynpunkt än Brösarp.

Längsta avståndet till tandläkarstation (inklusive plats, där distriktstandläkare eller assistenttandläkare avses uppehålla sig tidvis) uppgår till 3—2 mil i 4 distrikt och < 2 mil i övriga 20 distrikt.

Bil. 3a.



A.-B. KARTOGRAFISKA INSTITUTET

il. 4. Statens sjukvårdskommittés förslag till distriktsindelning för folk- tandvård i Gävleborgs län.

Di- strik- tets num- mer å kartan (bil. 4 a)	Geografisk omfattning	Folk- mängd den 1/1 1933	Antal skol- pliktiga barn vid slutet av vår- terminen 1933	Station(-er) för tandläkare och antal distrikts- tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial- läkare	Distrikts- tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Ambule- rande assistent- tandlä- kare sva- rar för följande antal barn
I	Ljusdals landskommun Ljusdals köping Ramsjö socken	12 918	2 182	Ljusdal 2 tandläkare	Ljusdal	1 091	—
II	Delsbo socken	5 622	826	Delsbo 1 tandläkare	Delsbo	1 000 (826 + 174, jfr IX)	—
III	Bjuråkers Norrbö socken	5 185	892	Bjuråker 1 tandläkare	(Delsbo)	892	—
IV	Bergsjö Hassela socken	6 464	1 022	Bergsjö (ev. tidvis i Hassela) 1 tandläkare	Bergsjö	1 022	—
V	Harmångers Jättendals Gnarps socken	8 175	1 195	Harmånger 1 tandläkare	(Bergsjö)	1 195	—
VI	Hälsingtuna Idenors Forsa Högs Rogsta Ilsbo Hudiksvalls stad	18 975	2 626	Hudiksvall 2 tandläkare	Hudiksvall	1 000	626
VII	Färila församling Kårböle »	6 152	1 043	Färila (ev. tidvis i Kårböle) 1 tandläkare	Färila	1 043	—
VIII	Los socken	3 747	671	Los 1 tandläkare	Los	981 (671 + 310, jfr XII)	—
IX	Järvsö socken	8 078	1 495	Järvsö 1 tandläkare	Järvsö	1 000 (174 behand- las av tand- läkaren i II)	321
X	Arbrå Undersviks socken	7 103	1 128	Arbrå 1 tandläkare	Arbrå	1 128	—
XI	Enångers Njutångers Nianfors socken	7 544	1 124	Iggesund (ev. tid- vis i Enånger) 1 tandläkare	(Njutånger)	1 124	—
XII	Ovanåkers Voxna socken	7 781	1 310	Edsbyn 1 tandläkare	Norredsbyn	1 000 (310 behand- las av tandlä- karen i VIII)	—

Distriktsnummer å kartan (bil. 4 a)	Geografisk omfattning	Folkmängd den 1/1 1933	Antal skolpliktiga barn vid slutet av vårterminen 1933	Station(-er) för tandläkare och antal distrikts-tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsialläkare	Distrikts-tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Ambulerande assistent tandläkare svarar för följande antal barn
XIII	Alfta socken	7 072	1 250	Alfta 1 tandläkare	Alfta	1 000	250
XIV	Bollnäs socken utom Katrinebergs kapell-församling	17 054	2 836	Bollnäs 2 tandläkare	Bollnäs	1 000	836
	Rengsjö socken						
	Bollnäs köping						
	Björkhamre »						
XV	Mo socken	21 120	3 086	Söderhamn 3 tandläkare	Söderhamn Ljusne	1 029	—
	Norråla »						
	Trönö »						
	Söderåla »						
XVI	Segeřsta socken	10 104	1 584	Kilafors 1 tandläkare	Kilafors	1 000	584
	Hanebo »						
	Skogs »						
XVII	Ockelbo socken	9 852	> 1 445	Ockelbo 1 tandläkare	Ockelbo	1 000 (195 behandlas av tandläkaren i XVIII)	> 250
	Katrinebergs kapell-församling						
XVIII	Hamrånge socken	5 467	805	Hamrånge 1 tandläkare	(Ockelbo)	1 000 (805 + 195, jfr XVII)	—
XIX	Järbo socken	15 951	2 158	Storvik 2 tandläkare	Storvik	1 000 (158 behandlas av tandläkaren i XX)	—
	Ovansjö »						
	Torsåkers »						
	Storviks köping						
XX	Hofors socken	5 584	746	Hofors 1 tandläkare	Hofors	904 (746 + 158, jfr XIX)	—
XXI	Högbo socken	15 786	2 020	Sandviken 2 tandläkare	Sandviken (såväl ordinarie som extra provinsialläkare)	1 010	—
	Årsunda »						
	Sandvikens köping						
XXII	Valbo socken	15 830	2 415	Gävle 2 tandläkare	Gävle	1 000	415
	Hille »						
XXIII	Österfärnebo socken	7 565	1 138	Gysinge (ev. tidvis i Hedesunda) 1 tandläkare	Gysinge	1 138	—
	Hesunda »						
XXIV	Söderhamns stad	11 485	1 481	Söderhamn 1 tandläkare	—	1 000	481
	Summa	—	—	32 distriktstandläkare	—	—	3 763

Anmärkningar till bil. 4.

Antal tandläkardistrikt = 24.

» distriktstandläkare = 32.

» skolpliktiga barn per distriktstandläkare: min. 892, max. 1 195.

Omkring 3 800 skolpliktiga barn avses bli behandlade av tre assistenttandläkare.

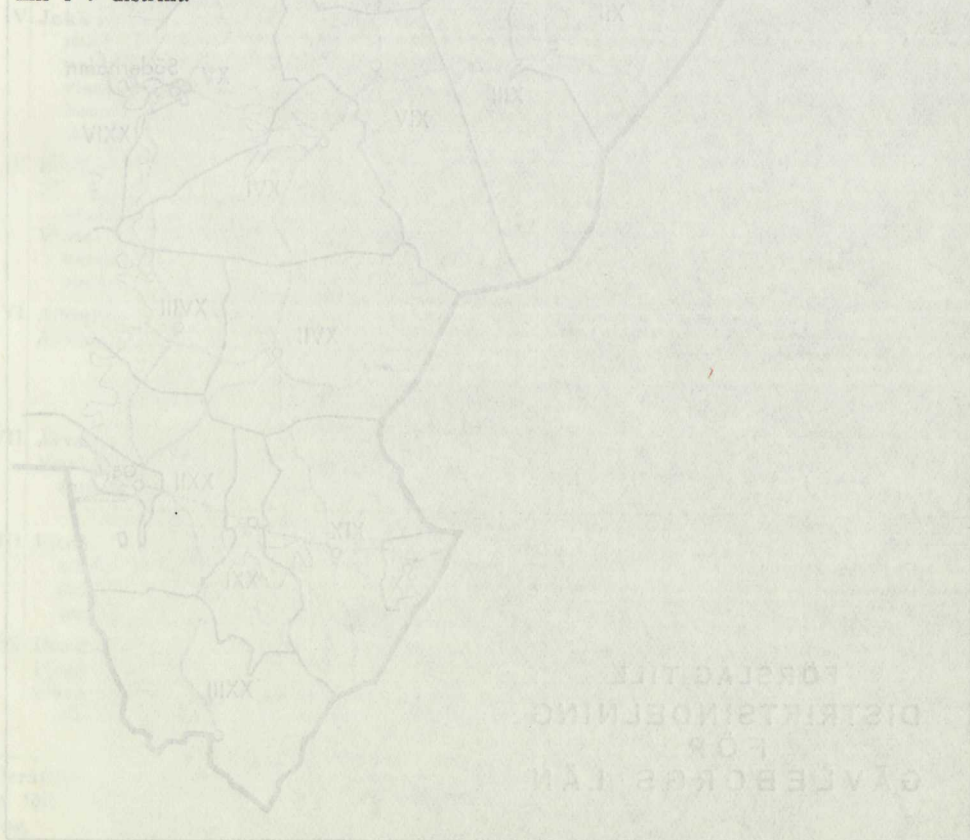
Gävle har undantagits från tandläkardistriktsindelningen såsom varande stad utanför landsting.

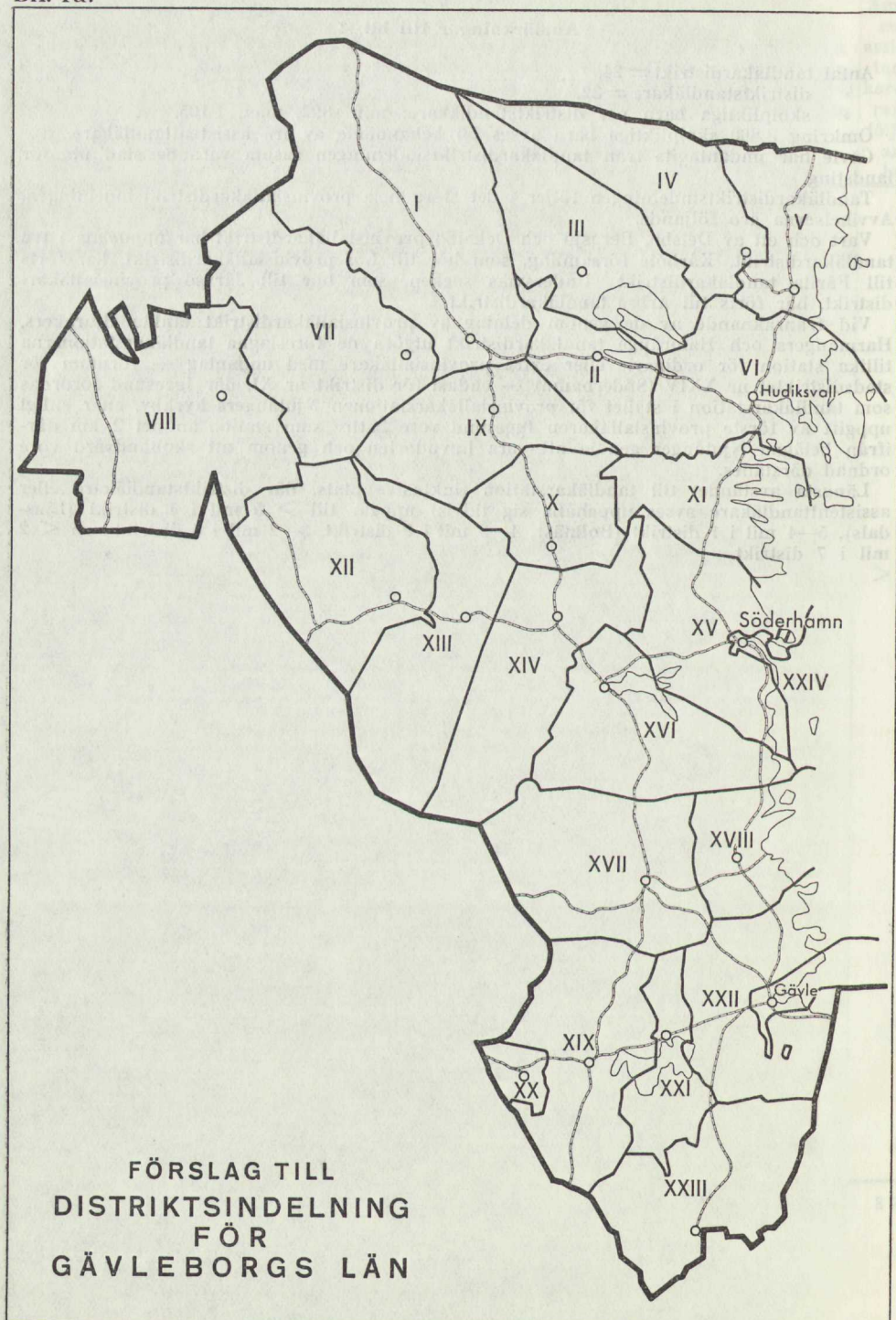
Tandläkardistriktsindelningen följer i det stora hela provinsialläkardistriktsindelningen. Avvikelserna äro följande.

Vart och ett av Delsbo, Bergsjö och Ockelbo provinsialläkardistrikt har uppdelats i två tandläkardistrikt. Kårböle församling, som hör till Los provinsialläkardistrikt, har förts till Färila tandläkardistrikt. Undersviks socken, som hör till Järvsö provinsialläkardistrikt, har förts till Arbrå tandläkardistrikt.

Vid frånräknande av de genom delning av provinsialläkardistrikt tänkta Bjuråkers, Harmångers och Hamrånge tandläkardistrikt utgöra de föreslagna tandläkarstationerna tillika station för ordinarie eller extra provinsialläkare med undantag — förutom för stadsdistriktet nr XXIV (Söderhamn) — endast för distrikt nr XI, där Iggesund förordas som tandläkarstation i stället för provinsialläkarstationen Njutångers kyrkby, enär enligt uppgift av förste provinsialläkaren Iggesund vore bättre som station än det 2 km därifrån belägna Njutånger genom att vara huvudorten och genom att skoltandvård vore ordnad därstädes.

Längsta avståndet till tandläkarstation (inklusive plats, där distriktstandläkare eller assistenttandläkare avses uppehålla sig tidvis) uppgår till > 5 mil i 1 distrikt (Ljusdals), 5—4 mil i 1 distrikt (Bollnäs), 4—3 mil i 9 distrikt, 3—2 mil i 6 distrikt och < 2 mil i 7 distrikt.





**Bil. 5. Statens sjukvårdskommittés förslag till distriktsindelning för folk-
tandvård i Norrbottens län.**

Di- strik- tets num- mer å kartan (bil. 5 a)	Geografisk omfattning	Folk- mängd den ¹ / ₁ 1933	Antal skol- pliktiga barn vid slutet av vår- terminen 1933	Station(-er) för tandläkare och antal distrikts- tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial- läkare	Distrikts- tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Ambule- rande assistent- tandlä- kare sva- rar för följande antal barn
I	Jukkasjärvi socken utom Kiruna muni- cipalsamhälle Karesuando socken	8 158	¹ 1 375	Vittangi 1 tandläkare	Vittangi Kiruna	1 000	¹ 375
II	Gällivare socken utom 10 byar och utom Malmbergets kyrko- bokföringsdistrikt	c:a 11 650	¹ 2 040	Gällivare 2 tandläkare	Gällivare	1 020	—
III	Malmbergets kyrko- bokföringsdistrikt	8 247	¹ 1 440	Malmberget 1 tandläkare	Malmberget	> 1 000	² —
IV	Jokkmokks socken med Kvikkjokks ka- pellförsamling utom vissa byar och lägen- heter i Jokkmokks socken	< 7 637	< 1 330	Jokkmokk 1 tandläkare	Jokkmokk	c:a 1 000 (jfr V)	—
V	Edefors socken 10 byar i Gällivare socken Vissa byar och lägen- heter i Jokkmokks socken	> 4 222	> 700	Harads 1 tandläkare	Harads	c:a 1 000 (överskottet i IV behandlas av tandläka- ren i V)	—
VI	Arjeplogs socken Arvidsjaur »	13 555	2 352	Arvidsjaur 2 tandläkare, var- av en tidvis i Arjeplog och ev. i Glommersträsk	Arjeplog Arvidsjaur	1 000	352
VII	Älvsby socken Markbygden av Piteå landskommun	10 554	¹ 2 016	Älvsby 2 tandläkare, var- av en tidvis i Långträsk	Älvsby (Öjebyn)	c:a 1 000	—
VIII	Piteå landskommun utom Markbygden och utom skärgårds- området	< 11 446	c:a 1 300	Öjebyn 1 tandläkare	Öjebyn	c:a 1 100 (jfr IX)	—
IX	Hortlax socken Piteå stad Piteå landskommuns skärgårdsområde	> 7 584	c:a 1 800	Piteå 2 tandläkare	(Öjebyn; stadsläkare i Piteå)	c:a 1 000 (överskottet i VIII behand- las av tand- läkarna i IX)	—

¹ Beräknat tal. — ² Förste provinsialläkaren i länet anser, att assistenttandläkare knappast är be-
hovlig för detta distrikt, där befolkningen starkt minskar. Distriktet har också ringa geografisk om-
fattning.

Distriktsnummer å kartan (bil. 5 a)	Geografisk omfattning	Folk-mängd den 1/1 1933	Antal skol-pliktiga barn vid slutet av vår-terminen 1933	Station(er) för tandläkare och antal distrikts-tandläkare	Station för ordinarie eller extra provinsial-läkare	Distrikts-tandläkaren (resp. varje sådan) svarar för följande antal barn	Ambulerande assistent-tandläkare svarar för följande antal barn
X	Norr fjärdens socken	4 854	892	Norr fjärdens 1 tandläkare	Norr fjärdens	892	—
XI	Överluleå socken Bodens stad	15 974	2 477	Boden 2 tandläkare	Boden	1 000	477
XII	Nederluleå socken	10 877	1 670	Gammelstad (tidvis i Antnäs) 1 tandläkare	Gammelstad	1 000	670
XIII	Råneå socken	8 737	1 550	Råneå (tidvis i Niemisel) 1 tandläkare	Råneå	1 000	550
XIV	Töre socken	4 671	796	Töre 1 tandläkare	Töre	1 000 (796 + 204, jfr XV)	—
XV	Nederkalix socken	13 732	2 451	Kalix 2 tandläkare	Kalix	1 000 (204 behandlas av tandläkaren i XIV)	247
XVI	Nedertorneå socken Karl Gustavs » Haparanda stad	9 814	1 934	Haparanda 2 tandläkare	Haparanda	967	—
XVII	Överkalix socken	7 874	1 457	Överkalix 1 tandläkare	Överkalix	1 000	457
XVIII	Övertorneå socken Hietaniemi »	7 656	1 477	Övertorneå 1 tandläkare	Övertorneå	1 000	477
XIX	Tärendö socken Korpilombolo »	5 002	1 023	Tärendö 1 tandläkare	Tärendö	1 023	—
XX	Pajala socken med Muonionalusta ka- pellförsamling Junosuando socken	6 532	1 338	Pajala 1 tandläkare	Pajala	1 000	338
XXI	Luleå stad	13 437	1 720	Luleå 1 tandläkare	—	1 000	720
XXII	Kiruna municipalsam- hälle	10 768	c:a 1 825	Kiruna 1 tandläkare	Kiruna	1 000	825
	Summa	—	—	29 distriktstand- läkare	—	—	5 488

Anmärkningar till bil. 5.

Antal tandläkardistrikt = 22.

» distriktstandläkare = 29.

» skolpliktiga barn per distriktstandläkare: min. 892, max. 1 100.¹¹ Härvid har hänsyn icke tagits till distrikt nr III på grund av den uppgivna starka befolkningsminskningen därstädes.

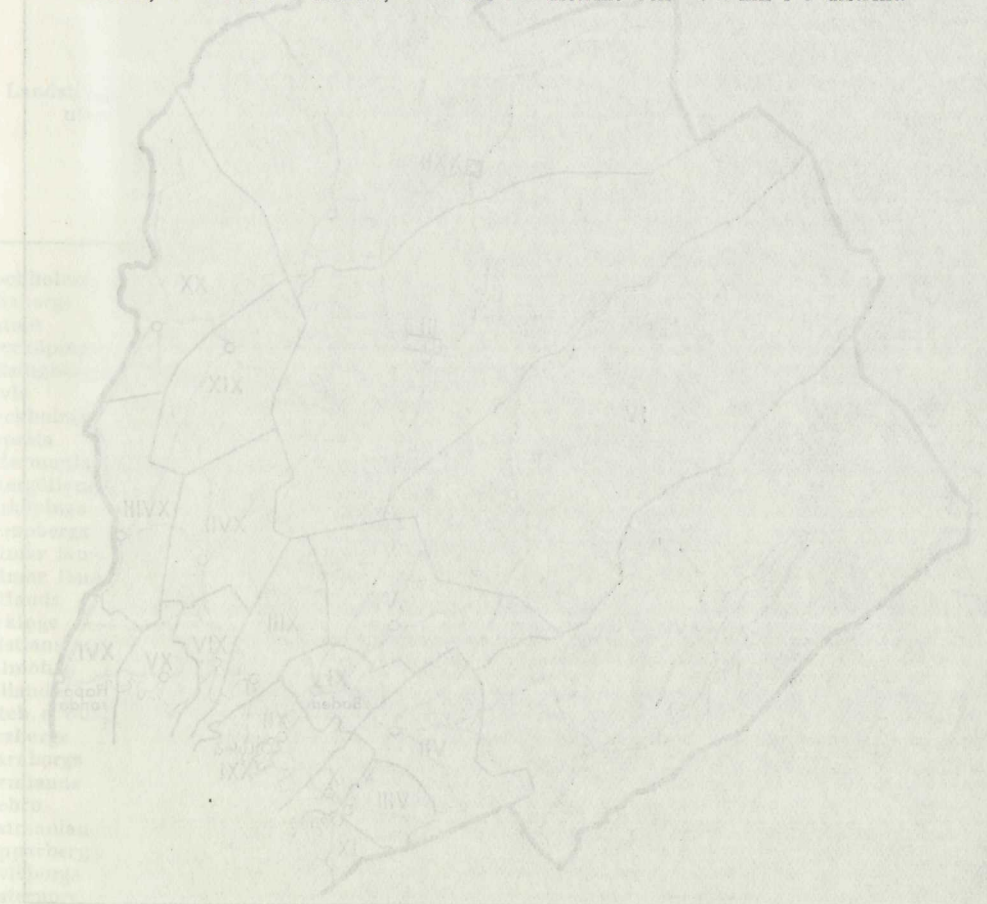
Omkring 5 500 skolpliktiga barn avses bli behandlade av fyra assistenttandläkare.

Tandläkardistriktindelningen följer provinsialläkardistriktindelningen med endast få avvikelser. Dessa äro följande.

Arvidsjaur och Arjeplogs provinsialläkardistrikt ha sammanslagits till ett tandläkar-distrikt. Markbygden av Piteå landskommun, som hör till Öjebyns provinsialläkardistrikt, har förts till Älvsby tandläkardistrikt. Piteå landskommuns skärgårdsområde och Hort-lax kommun, som höra till Öjebyns provinsialläkardistrikt, samt Piteå stad ha samman-förts till ett Piteå tandläkardistrikt.

Samtliga föreslagna tandläkarstationer utgöra tillika station för ordinarie eller extra provinsialläkare utom vad angår städerna Luleå och Piteå, som icke ingå i provinsial-läkardistrikt utan ha stadsläkare.

Längsta avståndet till tandläkarstation (inklusive plats, där distriktstandläkare eller assistenttandläkare avses uppehålla sig tidvis) uppgår till > 5 mil i 9 distrikt, 5—4 mil i 3 distrikt, 4—3 mil i 5 distrikt, 3—2 mil i 2 distrikt och < 2 mil i 3 distrikt.



Bil. 5a.



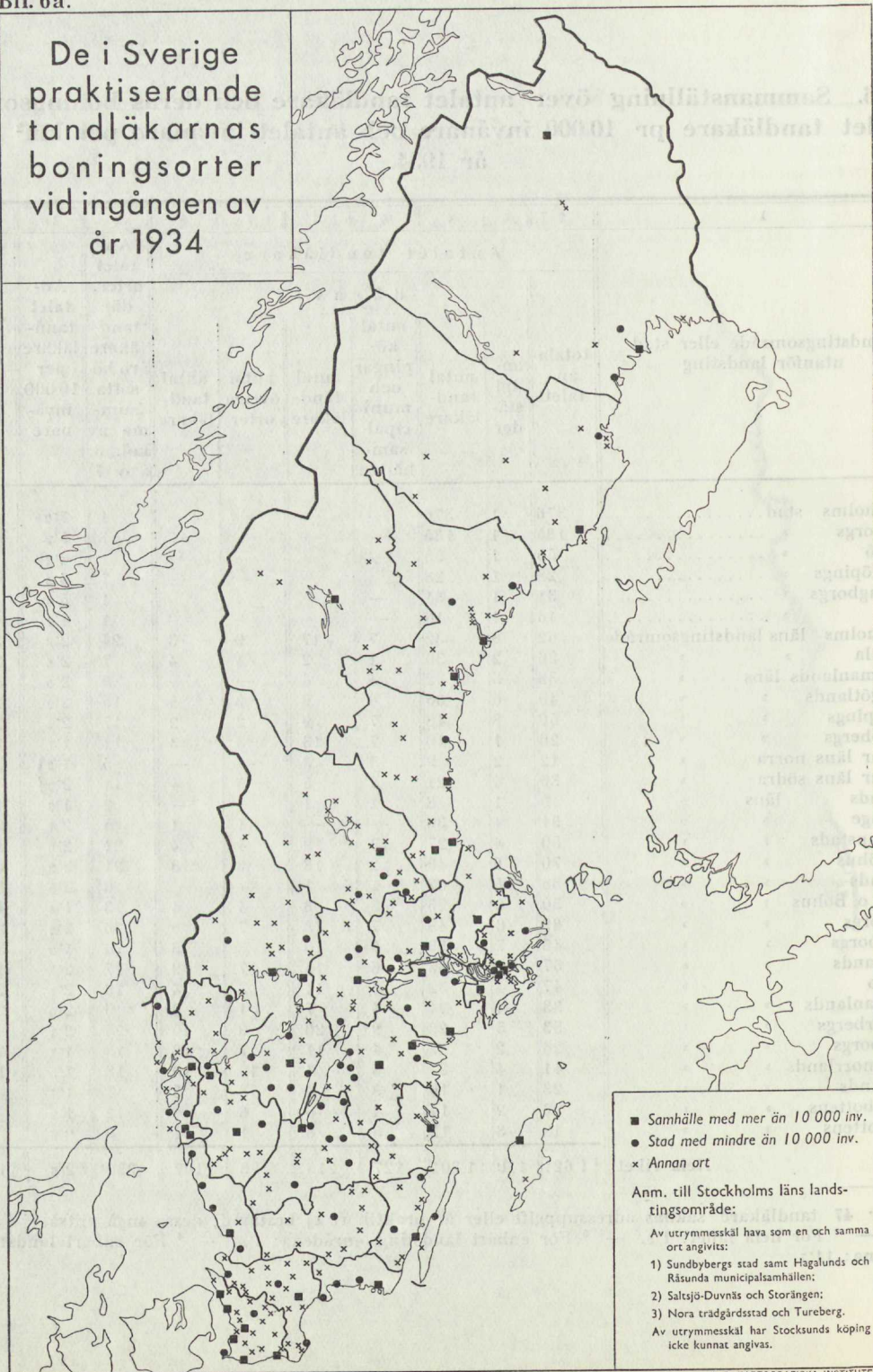
Bil. 6. Sammanställning över antalet tandläkare och deras boningsorter, antalet tandläkare pr 10 000 invånare och antalet invånare per km² land år 1934.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Landstingsområde eller stad utanför landsting	Antalet tandläkare							Antalet orter, där tandläkare äro bosatta (summa av kol. 3, 5 o. 7)	Antalet tandläkare per 10 000 invånare	Antalet invånare per km ² land
	totala antalet	d ä r a v i								
		antal städer	antal tandläkare	antal köpingar och municipalsamhällen	antal tandläkare	antal övriga orter	antal tandläkare			
Stockholms stad.....	376	1	376	—	—	—	—	1	7·2	—
Göteborgs ».....	135	1	135	—	—	—	—	1	5·3	—
Malmö ».....	55	1	55	—	—	—	—	1	4·2	—
Norrköpings ».....	28	1	28	—	—	—	—	1	4·5	—
Hälsingborgs ».....	31	1	31	—	—	—	—	1	5·4	—
Gävle ».....	16	1	16	—	—	—	—	1	4·1	—
Stockholms läns landstingsområde	62	8	32	7	17	9	13	24	2·3	37
Uppsala ».....	36	2	30	1	2	4	4	7	2·6	27
Södermanlands läns ».....	38	5	32	4	6	—	—	9	2·0	30
Östergötlands ».....	49	6	35	6	9	3	5	15	2·0	25
Jönköpings ».....	59	8	48	7	9	2	2	17	2·5	22
Kronobergs ».....	26	1	10	7	13	3	3	11	1·7	17
Kalmar läns norra ».....	12	2	9	3	3	—	—	5	1·3	21
Kalmar läns södra ».....	30	4	21	4	5	3	4	11	2·2	
Gotlands läns ».....	9	1	8	1	1	—	—	2	1·6	19
Blekinge ».....	31	4	30	—	—	1	1	5	2·1	50
Kristianstads ».....	50	4	27	13	19	4	4	21	2·0	40
Malmöhus ».....	70	6	49	12	18	3	3	21	2·2	69
Hallands ».....	38	5	37	1	1	—	—	6	2·5	32
Göteb. o. Bohus ».....	30	6	23	3	3	4	4	13	1·4	43
Älvsborgs ».....	69	6	48	7	13	7	8	20	2·2	27
Skaraborgs ».....	46	7	33	6	10	3	3	16	1·9	30
Värmlands ».....	57	4	33	6	15	7	9	17	2·1	16
Örebro ».....	47	4	32	6	11	3	4	13	2·1	26
Västmanlands ».....	33	4	24	4	7	1	2	9	2·0	25
Kopparbergs ».....	53	5	23	9	20	9	10	23	2·1	9
Gävleborgs ».....	26	2	7	4	11	7	8	13	1·1	13
Västernorrlands ».....	41	4	27	4	4	10	10	18	1·5	12
Jämtlands ».....	23	1	16	3	4	3	3	7	1·7	2·9
Västerbottens ».....	26	2	14	4	6	6	6	12	1·2	3·8
Norrbottens ».....	19	3	12	5	6	1	1	9	0·9	2·1
Hela riket	¹ 1 621	110	1 301	127	213	93	107	330	² 2·6	⁴ 15·1

¹ För 47 tandläkare saknas adressuppgift eller är praktikort ej bestämd; dessa ingå alltså ej i talet 621. — ² För hela länet: 1·8. — ³ För enbart landstingsområdena: 1·9. — ⁴ För enbart landstingsområdena: 11·7.

Bil. 6a.

De i Sverige
praktiserande
tandläkarnas
boningsorter
vid ingången av
år 1934



Bil. 7. P. M. angående löneplan för distriktstandläkare.

A. Jämförande utredning.

När det gäller att uppgöra förslag till löneplan för en tilltänkt ny grupp av statsanställda såsom här distriktstandläkarna, torde det vara lämpligt att till en början genom jämförelse med någon förut existerande, så mycket som möjligt likartad kategori av statstjänstemän söka skaffa sig en allmän uppfattning om den lämpliga storleken av lönenivån för den föreslagna nya tjänstemannagruppen. Bland omständigheter, som vid en dylik jämförelse torde böra tagas i betraktande, kunna främst nämnas möjligheterna till andra inkomster av tjänsten än den fasta lönen, vidare studietid och studiekostnader, utgifter för utrustning vid tjänstgöringens början, anställningens art samt tjänstgöringens omfattning och beskaffenhet. Men även moment av annat slag kunna vara av betydelse vid bedömandet av lönefrågan; i förevarande fall torde sålunda hänsyn särskilt böra tagas till möjligheten för personer med tandläkarutbildning att bedriva privat praktik och därav erhålla inkomster, som kunna göra de av det allmänna erbjudna förmånerna mindre lockande.

Vad anställningens art beträffar må genast nämnas, att distriktstandläkarna här förutsättas bli likställda med ordinarie statstjänstemän i allmänhet i fråga om rätt till pension, sjukavlöning etc. I fråga om distriktstandläkarnas tjänstgöringsförhållanden enligt kommitténs förslag må i korthet följande anföras. I normala fall skola distriktstandläkarna vara skyldiga tjänstgöra i skoltandvård omkring 200 arbetsdagar årligen med en daglig arbetstid av 5 timmar. Skoltandvården kommer sålunda att upptaga omkring 1 000 timmar per år. Under återstående delen av arbetstiden, som förutsättes i sin helhet uppgå till 7 timmar dagligen, åligger det distriktstandläkarna att utöva folktandvård för barn i förskolåldern och vuxna mot viss ersättning per barn eller efter utfört arbete. Inkomsterna av denna del av verksamheten skola tillfalla vederbörande tandläkare, vilken i gengäld är skyldig bestrida de därmed förenade extra kostnaderna, såsom utgifter för förbrukningsartiklar, tandteknik etc. Att, innan närmare erfarenhet vunnits, mera exakt angiva storleken av distriktstandläkarnas blivande nettoinkomster av här avsedda del av folktandvården (i det följande benämnda praktikinkomster), synes vara vanskligt. Under framhållande av den betydande osäkerheten i alla förhandsberäkningar har emellertid kommitténs ledamot tandläkaren B. Östman ställt vissa uppgifter till mitt förfogande, enligt vilka en ungefärlig uppskattning av praktikinkomsterna torde kunna utföras.

Antages distriktstandläkarnas semestertid uppgå till 30 dagar per år, kan årliga antalet tjänstgöringstimmar anslås till ungefär 1 950,¹ det för folktandvården för vuxna² disponibla alltså till omkring 950, sistnämnda antal under förutsättning, att semestern ej uttages under den tid skoltandvård pågår. Enligt tandläkare Östmans beräkningar torde bruttoinkomsten av folktandvården för vuxna kunna uppskattas till c:a 7 000 kr. och distriktstandläkarens utgifter för samma tandvård vid full sysselsättning till omkring 4 100 kr. per år. Praktikinkomsterna kunna sålunda vid full sysselsättning anslås till i runt tal 2 900 kr. om året, en siffra som dock är behäftad med en betydande osäkerhet. Därest semestern skulle uttagas väsentligen under skolterminerna, komma praktikinkomsterna att avsevärt höjas. Möjligen vore det lämpligt att utfärda vissa reglerande bestämmelser rörande semestertidens förläggning.

¹ Antalet helgdagar är innevarande år 61, av vilka i regel 4 infalla under en sammanhängande semestertid av 30 dagar.

² »Folktandvård för vuxna» inkluderar nedan jämväl tandvård för barn före skolåldern.

Såsom jämförelseobjekt vid bedömandet av distriktstandläkarnas löneplacering har jag valt *distriktsveterinärerna*. Skälen härtill äro flera. Medan flertalet stats-tjänstemän av sin tjänst blott åtnjuta fasta löneinkomster (jämte dyrtidstillägg), erhålla distriktsveterinärerna, liksom förslagsvis distriktstandläkarna, inkomster såväl av lön som av tjänsteförrättningar enligt fastställd taxa. I fråga om bostads-ortens beskaffenhet i levnadskostnadshänseende m. m. komma vidare de båda kategorierna förmodligen att i det hela bliva ungefärligen likställda. Vad beträffar studietid och studiekostnader, kunna veterinärer och tandläkare jämväl antagas vara nära jämförbara med varandra. Av ej oväsentlig betydelse är slutligen, att löneplanen för distriktsveterinärerna fastställts så nyligen som år 1933; de därvid följda allmänna principerna kunna alltså förmodas i huvudsak komma att bliva avgörande även vid ett statsmakternas beslut rörande distriktstandläkarnas avlöningsförhållanden. Med hänsyn till samtliga dessa omständigheter i förening synes en jämförelse med distriktsveterinärerna bättre än en sådan med kanske någon annan grupp av statstjänstemän vara ägnad att klarlägga frågan om distriktstandläkarnas lämpliga placering i lönehänseende.

Den för distriktsveterinärerna gällande löneplanen, vilken fastställts genom kungl. kungörelse den 10 november 1933, upptager 7 lönegrupper. Befattningarnas fördelning å dessa grupper bestämmes av Kungl. Maj:t »med hänsyn till de särskilda veterinärdistriktens möjligheter att bereda inkomster av praktik och annan veterinär verksamhet ävensom till distriktens svårskötthet». Inom varje lönegrupp finnas 5 löneklasser; uppflyttning i högre löneklass sker efter 3 års tjänstgöring, så att slutlönen nås efter 12 tjänsteår. Distriktsveterinärerna åtnjuta därjämte ersättning för utförda förrättningar enligt fastställd taxa. Följande tabell visar deras totalinkomster i olika lönegrupper enligt 1929 års distriktsveterinärlönesakkunnigas uppskattning (se sid. 49 av de sakkunnigas betänkande¹), dock med den ändring att dyrtidstillägget antagits vara det för närvarande (2:a kvartalet 1935) gällande, nämligen 9 %. Medeltalen i kolumnen längst till höger äro uträknade av mig under hänsyntagande till antalet distrikt inom de olika lönegrupperna vid början av år 1934. Närmare hälften av distrikten tillhöra lönegrupp I, och medelinkomsten är som synes något större än inkomsten i lönegrupp II. Vid beräkningen har hänsyn ej tagits till det förhållandet, att vissa distrikt på grund av svårskötthet måhända placerats i högre lönegrupp än som varit motiverat med hänsyn till blott praktikinkomsternas storlek.

Beräknade totala årsinkomster (kr.) för distriktsveterinärer.

Inkomst	L ö n e g r u p p							Ungefärligt medeltal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
<i>Begynnelseinkomst:</i>								
Lön	3 450	3 810	4 170	4 530	4 890	5 250	5 610	4 080
Dyrtidstillägg ²	310	342	375	407	440	472	504	370
Genomsnittlig praktikinkomst	4 500	3 750	3 250	2 750	2 250	1 750	1 250	3 490
Summa	8 260	7 902	7 795	7 687	7 580	7 472	7 364	7 940
<i>Slutinkomst:</i>								
Lön	4 560	4 920	5 280	5 640	6 000	6 360	6 720	5 190
Dyrtidstillägg ²	410	442	475	507	540	572	604	470
Genomsnittlig praktikinkomst	4 500	3 750	3 250	2 750	2 250	1 750	1 250	3 490
Summa	9 470	9 112	9 005	8 897	8 790	8 682	8 574	9 150

¹ Stat. off. utr. 1930: 18.

² Siffrorna beräknade å årslönen och avrundade till närmast lägre hela kronotal.

Enligt föregående tabell skulle praktikinkomsterna för samtliga distriktsveterinärer utgöra i genomsnitt c:a 3 500 kr., medeltalet för de mest givande distrikten (lönegrupp I) är uppskattat till 4 500 kr. Möjligen kunna härtill komma vissa extrainkomster. Särskilt genomsnittet för lönegruppen I, som omfattar distrikten med praktikinkomster på 4 000 kr. och därutöver, är troligen i ganska hög grad approximativt, detsamma gäller siffran för lönegruppen VII (praktikinkomster på högst 1 500 kr.). Då lönegruppen I är den avgjort vanligast förekommande, torde därför även medeltalet för samtliga distriktsveterinärer vara ganska osäkert. Med hänsyn till dessa omständigheter är det ej av större betydelse, att distriktsveterinärslönesakkunniga i sin tabell tydligen räknat med samma semester vid bestämmandet av begynnelse- och slutinkomst, medan jämlikt nu gällande bestämmelser distriktsveterinär i semesterhänseende är likställd med tjänsteman i lönegrad B 15 av gällande avlöningsreglemente för befattningshavare vid statsdepartement och vissa andra verk, tillhörande den civila statsförvaltningen (kungl. kungörelse den 6 juni 1925), d. v. s. åtnjuter semester 25 dagar årligen intill det år, under vilket han fyller 40 år, därefter 35 dagar. Skulle däremot möjligen i tabellen ovan hänsyn överhuvud ej vara tagen till praktikinkomsternas bortfallande under semester-tiden (distriktsveterinär är skyldig till vikarie avstå arvode enligt taxa), bör en reduktion av desamma med c:a 8 % äga rum.

Distriktstandläkarnas praktikinkomster hava i det föregående uppskattats till i runt tal 2 900 kr. per år, under förutsättning av full sysselsättning i folktandvård för vuxna. Detta belopp är omkring 600 kr. lägre än medeltalet för samtliga distriktsveterinärer och 1 600 kr. lägre än medeltalet för distriktsveterinärerna i lönegrupp I, som omfattar distrikten med de gynnsammaste praktikmöjligheterna.

Den sålunda beräknade inkomstskillnaden av 1 600 kr., avseende för såväl distriktsveterinärer som distriktstandläkare distrikten med de bästa möjligheterna till inkomster av praktik, är givetvis särskilt osäker, baserad som den är på tvenne var för sig i hög grad approximativa siffror. Utgår man emellertid från densamma, i brist på säkrare värde, befines *under i övrigt lika omständigheter* och med nuvarande penningvärde (dyrtidstillägg) distriktstandläkarnas begynnelselön vid full sysselsättning i folktandvård för vuxna böra vara omkring 1 470 kr. högre än begynnelselönen för distriktsveterinärerna i lönegrupp I. Detta innebär för distriktstandläkarna en begynnelselön av c:a $3\,450 + 1\,470 = 4\,920$ kr., vartill kommer dyrtidstillägg å c:a 440 kr., alltså i allt 5 360 kr. gentemot för distriktsveterinärerna i lönegrupp I 3 760 kr. Den totala begynnelseinkomsten skulle därmed för båda kategorierna utgöra c:a 8 260 kr.

Därest skillnaden i praktikinkomster i verkligheten skulle komma att uppgå till exempelvis blott 1 000 kr., skulle detta — fortfarande under i övrigt lika omständigheter — leda till en begynnelselön för distriktstandläkarna av c:a 4 365 kr. som den mest lämpliga; en skillnad i praktikinkomsterna av 2 000 kr. skulle som passande värde å begynnelselönen giva omkring 5 285 kr. Under alla förhållanden torde man som nämnt här hava att röra sig med en betydande osäkerhetsmarginal.

Det återstår nu att söka jämföra distriktstandläkare och distriktsveterinärer i fråga om andra omständigheter, vilka synas böra komma i betraktande vid fastställandet av lönenivån för de förra. Först må därvid frågan om *studietiden* för tandläkare och veterinärer beröras. Enligt den på uppdrag av Sveriges förenade studentkårers styrelse utgivna publikationen *Svensk studentkalender*, årgång 5 (1934), angives studietiden för veterinärexamen (vilken utgör kompetensvillkor för distriktsveterinärbefattning) i Veterinärhögskolans studiehandbok till $4\frac{1}{2}$ år, men »i genomsnitt måste 6 år anslås, med minst 10 månaders vistelse vid högskolan år-

ligen». För tandläkarexamen utgör enligt nämnda kalender studietiden 3 à $3\frac{1}{2}$ läsår. En av docenten G. Dahlberg år 1934 verkställd utredning (»Tillströmningen till tandläkarbanan») gav till resultat, att studietiden vid Tandläkarinstitutet för studerande, som gå den normala vägen (d. v. s. utan att först hava avlagt medicine kandidatexamen eller tysk examen) — den enda väg, som i detta sammanhang torde böra tagas i betraktande — uppgår till i medeltal $3\frac{1}{2}$ år. För själva examens avläggande erfordras en väsentlig del av en termin. Examen kommer följaktligen i genomsnitt att avläggas inemot 4 år efter intagningen vid institutet. Studietiden vid vederbörande fackhögskola synes sålunda under senare år hava varit åtskilligt längre för veterinärerna än för tandläkarna, även om det för Veterinärhögskolan angivna (uppskattade?) genomsnittet av 6 år skulle vara något för högt i jämförelse med docenten Dahlbergs på ett statistiskt material baserade siffror. Nyligen har förslag framlagts att förlänga studietiden vid Tandläkarinstitutet på så sätt, att fullständig lärokurs kan hinna genomgå på 4 läsår. Även efter en dylik förlängning synes emellertid tandläkarnas studietid komma att vara kortare än veterinärernas.

I det föregående har hänsyn ej tagits till den omständigheten, att inträde vid Tandläkarinstitutet i regel ej kunnat påräknas förrän efter en avsevärd väntetid. För den enskilde tandläkaraspiranten är denna väntetid av stor betydelse, ej minst i ekonomiskt avseende. Enligt docenten Dahlbergs beräkningar uppgick tiden mellan studentexamen och inträdet på institutet för under åren 1930—1933 inskrivna studerande i genomsnitt till ej mindre än 2·8 år, i vilken siffra visserligen även t. ex. värnpliktstjänstgöring ingår. Huru väntetiden ställer sig för aspiranter till Veterinärhögskolan är mig icke bekant, men i föreliggande sammanhang torde denna fråga ej behöva närmare utredas. Det förefaller nämligen, som om väntetiden på inträde vid Tandläkarinstitutet vore en omständighet, som *det allmänna* knappast har att taga i betraktande vid avvägningen av distriktstandläkarnas löner. Nämnda väntetid är icke en följd av höga formella kompetensfordringar (utöver godkänd studentexamen), krav på viss praktik eller dylikt, utan beror väsentligen på den lockelse, som tandläkaryrket och de därmed hittills i regel förenade inkomsterna utövat, när det gällt att välja levnadsbana. Från det allmännas synpunkt förefaller det vara aspiranternas ensak, om de underkasta sig en dylik väntetid, eller om de föredraga att snarast möjligt söka sin utkomst i »praktiska livet» eller att genast påbörja studier, för vilka ingen väntetid är erforderlig, t. ex. vid universitetens teologiska, juridiska eller filosofiska fakulteter.

Vad beträffar *studiekostnaderna* för tandläkarexamen, hava desamma av docenten Dahlberg beräknats till c:a 20 500 kr. Häri ingå även levnadskostnaderna under väntetiden på inträdet vid institutet. Dessa synas på grund av det ovan anförda i föreliggande sammanhang böra frändragas; räknas med en studietid av 4 år, erhålles — med begagnande i övrigt av docenten Dahlbergs beräkningsmetod — en studiekostnad av omkring 14 500 kr. En förlängning av den officiella studietiden vid Tandläkarinstitutet till 4 läsår skulle medföra en ökning av studiekostnaderna med måhända inemot 2 000 kr. I Svensk studentkalender 1934 uppgivas de nuvarande studiekostnaderna till lägst 11 345, högst 15 405 kr., medeltalet av nämnda siffror är c:a 13 400 kr. För veterinärexamen är enligt professor S. Wickells i nämnda kalender publicerade beräkningar 15 100 kr. en medelsiffra å studiekostnaderna för i hemmet ej boende studerande. Denna siffra är baserad på av Sveriges förenade studentkårer insamlat material över de faktiska studiekostnaderna år 1930 (möjligen ingå till någon liten del studieskulder från skoltiden). En beräkning enligt samma normer som de av docenten Dahlberg använda (bortsett från väntetiden å inträde vid högskolan) ger en totalsumma, under antagande

av 6 års studietid vid Veterinärhögskolan, av omkring 14 400 kr.¹ Att trots den längre vistelsen vid fackhögskolan siffran ej ställer sig högre än för tandläkarna, beror på att kursavgifter och materialkostnader² äro väsentligt större vid Tandläkarinstitutet än vid Veterinärhögskolan.

Av de ovan anförda siffrorna får man det intrycket, att studiekostnaderna för tandläkarexamen under senare år i stort sett varit ungefär desamma som för veterinärexamen. Uppgifternas osäkerhet synes i varje fall ej motivera några mera vittgående slutsatser. Det torde därför ej heller vara behöfligt söka närmare beräkna den ekonomiska betydelsen av veterinärernas, efter vad det synes, ett eller annat år längre studietid med därav följande senare inträde i förvärvsarbetet, detta i all synnerhet som skillnaden i studietid snart nog torde komma att nedgå, och beräkningen med nödvändighet måste bli ganska osäker.

I fråga om *utrustningskostnaderna* vid praktikens påbörjande äro förhållandena olika för distriktsveterinärer och distriktstandläkare. Vad beträffar de senare, torde ifrågavarande utgifter komma att väsentligen bortfalla, enär det allmänna enligt förslag skall bestå den för skoltandvården erforderliga poliklinikutrustningen, vilken av distriktstandläkaren får begagnas jämväl i folktandvården. För en praktiserande veterinär uppgår instrumentkostnaden enligt Svensk studentkalender 1934 till omkring 2 500 kr. Denna summa är ej större, än att man här torde kunna väsentligen bortse från densamma, i all synnerhet som osäkerheten i andra vid bestämmandet av lönenivåns storlek betydelsefulla moment är så stora.

Vad beträffar *tjänstgöringens omfattning och beskaffenhet*, är min kännedom om tandläkares och veterinärers arbetsförhållanden alltför ringa för att tillåta mer än framhållandet av vissa synpunkter, vilka förefalla vara värda beaktande vid bestämmandet av distriktstandläkarnas lönenivå. Det är för övrigt här fråga om faktorer, vilkas ekonomiska betydelse svårligen låter sig mera exakt beräknas i siffror. Vederbörande bedömares subjektiva uppfattning måste därför bli väsentligen utslagsgivande, när det gäller att avgöra, vilken vikt de skola tillmätas i lönehänseende.

En påfallande olikhet mellan distriktstandläkarnas och distriktsveterinärernas tjänstgöringsförhållanden är den, att distriktstandläkarna för att uppnå den beräknade totalinkomsten äro bundna å tjänsterummet 7 timmar dagligen och under denna tid i regel torde nödgas vara i effektivt arbete utan möjlighet till längre vilopausar, medan distriktsveterinärernas verksamhet allt emellanåt kan tillåta betydligt större avslappningsperioder. Till vilken grad detta förhållande eventuellt uppväges av den påfrestning, som nattarbete, ansträngande resor under stundom dåliga väderleksförhållanden etc. kan utöva å veterinärerna, undandrager sig mitt bedömande. Detsamma gäller frågan, vilkendera verksamheten som i övrigt på det hela taget kan anses vara den mest krävande, exempelvis med hänsyn till arbetets omväxling, mer eller mindre angenäma beskaffenhet etc.

I detta sammanhang torde det även böra påpekas, att distriktstandläkarna skola vara skyldiga utföra en viss, kvantitativt ganska noga bestämd arbetsprestation, nämligen c:a 1 000 timmars skoltandvård årligen, medan distriktsveterinärerna erhålla sin lön, även om deras tjänstgöring något år tillfälligtvis skulle vara avsevärt mindre än normalt. Den kortare tjänstgöringstiden är dock i detta fall en tämligen tveklaktig fördel, enär veterinärernas praktikinkomster samtidigt väsentligt nedgå. Distriktstandläkarna erhålla den ekonomiskt säkrare ställningen av de båda yrkesgrupperna, därest deras fasta lön blir väsentligt högre än distrikts-

¹ Levnadskostnader (2 000 kr. årligen) i allt 12 000 kr., material, litteratur och instrument under studietiden ungefär 2 200 kr. (enligt Svensk studentkalender 1934), avgifter till Veterinärmedicinska föreningen omkring 200 kr. Själva undervisningen är avgiftsfri.

² Av doc. Dahlberg beräknade till i genomsnitt 6 500 kr.

veterinärernas (vilket att döma av uppskattningarna av praktikinkomsternas storlek synes befogat).

I *pensionshänseende* förutsätts distriktstandläkarna bliva nära likställda med distriktsveterinärerna. De senares pensionsunderlag är detsamma som statstjänstemännens i lönegrad B 19.

Sammanfattar man den i det föregående gjorda jämförelsen mellan distriktstandläkare och distriktsveterinärer, synas de båda kategorierna (såvitt man kan döma av de delvis måhända ganska osäkra och med varandra ej fullt jämförliga uppgifterna) i fråga om studietid, studiekostnader och utgifter för utrustning i det stora hela ej förete olikheter, som kunna motivera någon mera betydande skillnad i lönehänseende. Den beräknade skillnaden i praktikinkomster, vid full sysselsättning uppskattad till omkring 1 600 kr. per år med distriktsveterinärernas siffra som den högre, torde vara i hög grad approximativ och kommer måhända i verkligheten att betydligt avvika från det beräknade beloppet. Vilken betydelse i lönehänseende, som olikheterna i tjänstgöringens omfattning och beskaffenhet böra tillmätas, torde vara vanskligt att avgöra och erfordrar i varje fall särskild sakkunskap på resp. arbetsområden. I det hela erhåller man sålunda det intrycket, att på grund av de många och delvis stora osäkerhetsmomenten någon exaktare beräkning av en lämplig lönenivå för distriktstandläkarna för närvarande ej låter sig utföra, utan man är nödsakad inskränka sig till att med ledning av de gjorda jämförelserna och eventuellt andra omständigheter mera allmänt söka bilda sig en uppfattning om vilken lönenivå, som kan vara den lämpliga för distriktstandläkarna i egen-skap av statstjänstemän.

Härvid bör, som i inledningen framhållits, avseende även fästas vid de legitimerade tandläkarnas möjligheter att vinna sin utkomst av privat praktik. Åtminstone ganska nyligen hava som bekant privatpraktiserande tandläkare ej sällan kunnat uppnå inkomster, som högst väsentligt överstiga exempelvis de i det föregående för distriktsveterinärerna angivna. 1924 års tandvårdssakkunniga anföra sålunda i sitt betänkande¹ (sid. 88), att år 1922 medelinkomsten för tandläkare i Stockholm var 15 917 kr., i Göteborg 18 892 kr., i Malmö 14 211 kr., i övriga städer 13 584 kr. och på landsbygden 10 192 kr., varvid dock i de begagnade källorna (taxeringskalendrar) uppgifter ej lämnats om inkomster under 6 000 kr. Vidare är att märka att i siffrorna ingå ej blott praktikinkomster utan även andra inkomster samt att penningvärdet år 1922 var åtskilligt lägre än för närvarande (levnadskostnadsindex stod omkring 25 % högre). Skulle i fortsättningen i privatpraktik inkomster på 10 000 kr. och däröver i regel kunna uppnås, torde man kunna befara, att distriktstandläkarbefattningarna komma att bliva föga begärliga, om lönenivån ej sättes jämförelsevis hög. Många av desamma skulle måhända rent av komma att stå vakanta i brist på kompetenta sökande, medan de övriga i icke önskvärd utsträckning bleve besatta med personer, som av en eller annan anledning ej haft framgång i privatpraktiken.

Huru inkomsterna i privatpraktik i framtiden komma att gestalta sig, beror väsentligen på antalet vid Tandläkarinstitutet intagna elever. Detta antal har under senare år varit högst varierande, såsom framgår av en i docenten Dahlbergs ovan nämnda utredning intagen tabell. Siffrorna för åren 1929—1933 äro enligt denna resp. 162, 238, 197, 189 och 160 (sistnämnda antal torde dock vara för lågt, jfr noten å sid. 13 i Dahlbergs utredning). Docenten Dahlberg har närmare klarlagt, huru intagningarna kunna väntas påverka tandläkarkårens framtida numerär. År 1933 angives antalet tandläkare till 1 605. Intagas i fortsättningen årligen 238 elever liksom år 1930, skulle kåren år 1943 komma att omfatta drygt 3 400 tandlä-

¹ Stat. off. utr. 1928: 17.

kare, om hänsyn tages till den troliga avgången genom dödsfall; intagas däremot årligen endast 103 (som år 1926), kan antalet tandläkare år 1943 väntas utgöra c:a 2 500. Även sistnämnda siffra innebär en ökning med mer än 50 % under loppet av 10 år. Man torde därför snart nog kunna vänta en ganska betydande nedgång i de privatpraktiserande tandläkarnas inkomster.

Sedan de i det föregående anförda synpunkterna underställts kommittén, har denna kommit till den uppfattningen, att en begynnelselön av omkring 5 400 kr. (i genomsnitt för samtliga dyrortsgrupper, jfr det följande) vore motiverad för distriktstandläkare med full sysselsättning i folktandvård för vuxna. Efter resp. 3, 6 och 9 års tjänstgöring skulle tillkomma ålderstillägg å varje gång 300 kr., varigenom slutlönen skulle uppgå till c:a 6 300 kr. En begynnelselön av 5 400 kr. överstiger distriktsveterinärernas i lönegrupp I med 1 950 kr., inkl. för närvarande gällande dyrtidstillägg är skillnaden c:a 2 130 kr. Skillnaden i slutlön uppgår till 1 740 kr. resp. c:a 1 900 kr. Vid lönesättningen hava särskilt beaktats de möjligheter till inkomster, som föreligga för tandläkare i privat praktik. Med hänsyn till vikten att tillförsäkra de statliga tjänsterna väl kvalificerade innehavare har distriktstandläkarnas lön därför satts något högre, än som annars kunde hava varit motiverat.

B. Förslag till löneplan.

I den för distriktsveterinärerna gällande löneplanen tages ej hänsyn till olikheterna mellan stationeringsorterna i fråga om levnadskostnadernas höjd. Distriktsveterinärlönesakkunniga hade i sitt betänkande (sid. 49) föreslagit, att vid fördelningen av distriktsveterinärbefattningarna å de särskilda lönegrupperna »jämväl torde böra beaktas om ock i mindre grad levnadskostnaderna...». I kungl. kungörelsen den 10 november 1933 med löneplan för distriktsveterinärerna återfinnes emellertid ingen dylik föreskrift. I gällande löneplaner för t. ex. befattningshavare vid statsdepartement och vissa andra verk, tillhörande den civila statsförvaltningen (kungl. kungörelse den 6 juni 1925), och för tjänstemän vid postverket, telegrafverket, statens järnvägar och statens vattenfallsverk (kungl. kungörelse samma dag) äro däremot inom varje löneklass lönebeloppen varierande allt efter stationeringsorternas placering i dyrtidshänseende. Då denna princip sålunda tillämpas för ett mycket betydande antal statstjänstemän, torde det vara motiverat, att så sker även i fråga om distriktstandläkarna, i all synnerhet som för dessa variationerna i levnadskostnaderna ingalunda torde komma att bli betydelselösa i jämförelse med växlingarna i praktikinkomsterna (jfr nedan). Vad i det föregående anförts beträffande storleken av distriktstandläkarnas »lön» bär vid hänsyntagande till dyrortsgrupperingen gälla om *genomsnittslönen* för de olika tjänstgöringsorterna.

Löneplanen för distriktstandläkarna synes vidare böra taga hänsyn till den omständigheten, att vissa distrikt stadigvarande ej torde kunna giva full sysselsättning i folktandvård för vuxna, varigenom vederbörande distriktstandläkares praktikinkomster genomgående bli mindre än ovan beräknats. Det torde sålunda vara skäligt att i detta avseende tillämpa samma principer som i fråga om distriktsveterinärerna, d. v. s. medgiva en viss kompensation för lägre praktikinkomster genom ökning av den fasta lönen. Ett sådant förfarande kan till och med visa sig nödvändigt för att locka sökande till de i ekonomiskt avseende sämsta distriktet, i all synnerhet som dessa distrikt även i andra hänseenden (såsom läge i för-

hållande till kulturcentra, klimat etc.) stundom kunna väntas bli mindre eftersökta. Att det visserligen torde vara ganska vanskligt göra några säkrare uppskattningar om de särskilda tandvårdsdistriktens möjligheter i praktikhänseende, innan närmare erfarenhet om de lokala förhållandena vunnits, torde ej behöva utgöra hinder för att i förslaget till löneplan redan nu upptaga ett antal lönegrupper. Den definitiva fördelningen av de särskilda befattningarna å dessa grupper torde kunna uppskjutas till en tidpunkt, då säkrare kännedom om praktikförhållandena i de olika distrikten erhållits.

Vad beträffar löneplanens uppställning i övrigt, torde det vara lämpligt, att den i tillämpliga delar så mycket som möjligt ansluter sig till gällande löneplaner för tjänstemännen vid den civila statsförvaltningen och för distriktsveterinärerna.

För beräkningarnas utförande är det behövt att känna distriktstandläkarbefattningarnas fördelning på olika dyrortsgrupper. För preliminärt föreslagna 575 distriktstandläkarbefattningar i hela riket erhålles följande fördelning enligt det av Socialstyrelsen framlagda förslaget till dyrortsgruppering fr. o. m. den 1 juli 1935 (i nämnda förslag torde enligt uppgift ett antal ändringar vara att förvänta genom Kungl. Maj:ts beslut med anledning av anförda besvär, men detta förhållande torde ej mera väsentligt kunna påverka de följande beräkningarna):

D y r o r t s g r u p p							
A	B	C	D	E	F	G	Summa
99	106	128	83	70	58	31	575

a) Lönebeloppen vid full sysselsättning i folktandvård för vuxna.

När det gäller att bestämma den lämpliga skillnaden i lönehänseende mellan distriktstandläkarbefattningar i olika dyrortsgrupper, kan man taga hänsyn till antingen 1) blott den fasta lönen eller 2) totalinkomsten (lön + praktikinkomster). Det senare tillvägagångssättet torde vara att föredraga, i förra fallet erhålla befattningarna i de billigare distrikten, i vilka en given praktikinkomst av t. ex. 2 900 kr. har större realvärde (köpkraft) än i de dyrare, en viss extra premiering.

Antagas enligt det föregående distriktstandläkarnas praktikinkomster uppgå till 2 900 kr. om året och begynnelselönen exkl. dyrtidstillägg i genomsnitt för samtliga Ortsgrupper till 5 400 kr., blir den genomsnittliga *totalinkomsten* (utom dyrtidstillägg) 8 300 kr. Denna inkomst motsvaras närmast av lönerna i löneklass B 27 i lönereglementet för tjänstemännen vid den civila statsförvaltningen; medeltalet av lönebeloppen i denna löneklass är vid den ovan angivna fördelningen å dyrortsgrupper c:a 8 190 kr. (inkl. dyrtidstillägg blir siffran c:a 8 920 kr. mot för distriktstandläkarna c:a 8 790 kr.; härvid har beaktats, att för närvarande dyrtidstillägg ej utgår å högre lönebelopp än 700 kr. per månad). Skillnaden i lönehänseende mellan närliggande Ortsgrupper är i löneklass B 27 240 kr.; detta belopp bör alltså vara en lämplig löneskillnad mellan Ortsgrupperna även i fråga om begynnelselöner för distriktstandläkarna, när hänsyn tages till dessas totalinkomster.

Distriktstandläkarnas slutinkomst uppgår vid 3 ålderstillägg å vart och ett 300 kr. och i övrigt samma siffror som ovan till 9 200 kr. (exkl. dyrtidstillägg). Närmast motsvaras denna inkomstnivå av lönerna i löneklassen B 29 i det statliga lönereglementet, i vilken löneklass medelinkomsten vid den givna dyrortsfördelningen är c:a 9 150 kr. (inkl. dyrtidstillägg c:a 9 910 kr. mot för distriktstandläkarna c:a 9 770 kr.). I denna löneklass (liksom även i B 28) är skillnaden mellan lönebeloppen för närliggande Ortsgrupper 240 kr., alltså densamma som i löne-

klass B 27. I löneplanen för distriktstandläkarna synes därför i *samtliga* löneklasser skillnaden i lönehänseende mellan två angränsande ortsgupper böra vara 240 kr. Anmärkas må, att osäkerheten i uppskattningen av praktikinkomsterna icke synes vara av betydelse i detta sammanhang, enär löneskillnaden mellan angränsande ortsgupper i samtliga löneklasser B 26—B 33 (vilka motsvara en genomsnittlig inkomstnivå exkl. dyrtidstillägg av c:a 7 710 kr. å 11 070 kr.) är 240 kr.

Sedan löneskillnaden mellan ortsgupperna på ovan angivna sätt blivit bestämd till 240 kr., kan man beräkna, huru stort lönebeloppet bör vara i ortsgupp A för att medeltalet för samtliga ortsgupper skall bliva lika med den föreslagna begynnelselönen 5 400 kr. Efter avrundning till närmaste tiotal kronor erhåller man sålunda i löneklass 1 följande lönebelopp för de särskilda ortsgupperna:

O r t s g r u p p						
A	B	C	D	E	F	G
Kr. 4 830	5 070	5 310	5 550	5 790	6 030	6 270

Medeltalet av ovanstående lönebelopp är vid den å sid. 176 angivna fördelningen å dyrortsgupper 5 401 kr. Lönebeloppen efter ett, två och tre ålderstillägg framgå av siffrorna för löneklasserna 2—4 i följande tabell, i vilken även de ungefärliga medellönerna och genomsnittliga totalinkomsterna för samtliga ortsgupper vid ovannämnda fördelning i dyrortshänseende angivas. Dyrtidstilläggen hava antagits uppgå till 9 % av resp. lönebelopp.

Löneklass	O r t s g r u p p							Medeltal (ung.)	Genomsnittlig totalinkomst (ungefär)	
	A	B	C	D	E	F	G		utan	med
	K r o n o r							kr.	dyrtidstillägg	
									kr.	kr.
1.....	4 830	5 070	5 310	5 550	5 790	6 030	6 270	5 400	8 300	8 790
2.....	5 130	5 370	5 610	5 850	6 090	6 330	6 570	5 700	8 600	9 110
3.....	5 430	5 670	5 910	6 150	6 390	6 630	6 870	6 000	8 900	9 440
4.....	5 730	5 970	6 210	6 450	6 690	6 930	7 170	6 300	9 200	9 770

Anm. Uppflyttning i högre löneklass sker efter 3 års tjänstgöring i närmast lägre klass.

b) Lönebeloppen vid hänsyntagande till variationerna i praktikinkomsterna.

Sedan närmare erfarenhet om förhållandena i de olika tandvårdsdistrikten vunnits, torde det som nämnt vara lämpligt fördela dessa i ett antal lönegrupper efter praktikinkomsternas storlek (under hänsyntagande eventuellt även till andra omständigheter), såsom skett beträffande veterinärdistriktet. Förslagsvis kunna följande lönegrupper uppställas:

				Ungefärligt medeltal
Lönegrupp	I.	Praktikinkomster	över 2 500 kr.	2 850 kr. (?)
»	II.	»	2 000—2 500 »	2 250 »
»	III.	»	1 500—2 000 »	1 750 »
»	IV.	»	1 000—1 500 »	1 250 »
»	V.	»	500—1 000 »	750 »
»	VI.	»	högst 500 »	250 » (?)

Enligt för dem gällande löneplan och de gjorda uppskattningarna av praktikinkomsterna i olika lönegrupper (jfr tabellen sid. 170) erhålla distriktsveterinärerna för 500 kr. lägre praktikinkomster (skillnaden i praktikinkomster mellan lönegrupperna I och II har dock beräknats till i genomsnitt 750 kr.) en kompensation i form av ökad lön av 360 kr. Förutsättes lika stor kompensation för distrikts-tandläkarna, böra lönebeloppen i den å sid. 177 upptagna löneplanen, vilken är avsedd att gälla oförändrad för lönegrupp I, ökas i lönegrupp II med 360 kr., i lönegrupp III med 720 kr., i lönegrupp IV med 1 080 kr., i lönegrupp V med 1 440 kr. och i lönegrupp VI med 1 800 kr. Man erhåller då följande *begynnelse-löner*:

Lönegrupp	O r t s g r u p p							Medeltal (ung.)	Genomsnittlig totalinkomst (ungefär)	
	A	B	C	D	E	F	G		utan	med
	K r o n o r							kr.	dyrtidstillägg	
									kr.	kr.
I	4 830	5 070	5 310	5 550	5 790	6 030	6 270	5 400	18 250	18 740
II	5 190	5 430	5 670	5 910	6 150	6 390	6 630	5 760	8 010	8 530
III	5 550	5 790	6 030	6 270	6 510	6 750	6 990	6 120	7 870	8 420
IV	5 910	6 150	6 390	6 630	6 870	7 110	7 350	6 480	7 730	8 310
V	6 270	6 510	6 750	6 990	7 230	7 470	7 710	6 840	7 590	8 210
VI	6 630	6 870	7 110	7 350	7 590	7 830	8 070	7 200	7 450	8 100

Anm. Efter 3, 6 och 9 års tjänstgöring ökas ovanstående lönebelopp med varje gång 300 kr.

Enligt ovanstående tabell är skillnaden mellan maximi- och minimilönerna 3 240 kr., varav 1 800 kr. härröra från kompensationen för variationerna i praktikinkomsterna och 1 440 kr. från hänsyntagandet till variationerna i levnadskostnaderna.

Beträffande de i tabellen angivna *medeltalen* för de olika lönegrupperna (I—VI) torde det måhända böra omnämnas, att de äro beräknade under antagande, att i varje särskild lönegrupp den procentuella fördelningen å dyrortsgrupper är densamma som för samtliga 575 befattningar, alltså 17 % (99/575) i ortsgrupp A etc. I verkligheten torde man kunna förmoda, att distrikt med låga taxeinkomster ofta skola visa sig jämförelsevis billiga i levnadskostnadshänseende, enär de icke innesluta några större samhällen. Medeltalen i lönegrupperna V och VI skulle i så fall komma att förskjutas något nedåt, i I och II uppåt (i motsatt riktning verkar emellertid den omständigheten, att de norrländska länen, där praktikinkomsterna torde komma att ligga relativt lågt, i dyrortshänseende äro högt placerade). I det hela uppväga dessa förändringar varandra, enär skillnaden i lönehänseende mellan två angränsande ortsgrupper enligt löneplanen är densamma i alla lönegrupper.

Därest det sedermera skulle visa sig, att praktikinkomsterna vid full sysselsättning i folktandvård för vuxna i realiteten komma att ligga avsevärt högre än beräknat, t. ex. vid 4 000 kr., torde de å sid. 177 angivna gränserna mellan de olika lönegrupperna böra modifieras och ev. ytterligare en eller annan lönegrupp tilläggas. Lönegruppen I skulle i så fall exempelvis omfatta distrikten med praktikinkomster på 3 500 kr. och därutöver, lönegrupp II dylika med praktikinkomster på 3 000 kr.

¹ Beloppet är 50 kr. lägre än för löneklass 1 i tabellen sid. 177, enär här räknats med den genomsnittliga praktikinkomsten i lönegrupp I av 2 850 kr. men i sagda tabell med praktikinkomsten vid full sysselsättning 2 900 kr.

—3 500 kr. o. s. v., medan ev. en ny lönegrupp VII innesluter distrikten med praktikinkomster på högst 1 000 kr.

I övrigt torde det vara lämpligt att vid den praktiska tillämpningen av löneplanen verkställa uppdelningen i lönegrupper icke uteslutande med hänsyn till praktikinkomsternas storlek utan även med beaktande av andra omständigheter, såsom sker beträffande veterinärdistrikten. Sålunda kunde det exempelvis ifrågakomma, att i övre Norrland belägna distrikt placeras i högre lönegrupp än ekonomiskt likvärdiga distrikt i mellersta och södra Sverige. På samma sätt kunna sådana distriktstandläkare kompenseras, vilka hava ett större antal skolbarn än normalt att behandla etc. Fördelningen av distriktstandläkarbefattningarna i lönegrupper torde alltså lämpligen böra bestämmas »med hänsyn till de särskilda tandvårdsdistriktens möjligheter att bereda inkomster av folktandvård för vuxna även som till andra omständigheter, som provas vara av betydelse».

Stockholm den 27 juni 1935.

Axel Mebius.

Bil. 8. Förslag till taxa för distriktstandpolikliniker.

§ 1.

Bestämmelserna i denna taxa avse å statsunderstödd distriktstandpoliklinik meddelad tandvård, dock att för skolbarn och barn före skolåldern, som anmäla sig till regelbunden tandvård, ersättning erlägges enligt särskilda bestämmelser.¹

§ 2.

Under taxan faller icke behandling av tandskador av mera svårartad beskaffenhet, som utföres på polikliniker med för detta ändamål avsedda särskilda anordningar eller arbetsmetoder. Sådan behandling ersättes enligt särskilda för dylik poliklinik träffade bestämmelser.²

§ 3.

För nedan angivna arbeten skall erläggas betalning med följande belopp, nämligen:

Tand- och munvård i allmänhet:

	Kr.
Rådfrågning utan efterföljande behandling	1:—
Tandrengöring, enkel	1:—
Behandling av tandkött och avlägsnande av tandsten	1: 50
Incision (öppnande av varböld)	1:—
Sår- och efterbehandling	1:—
Förnyelse av recept	0: 50
Intyg, innehållande endast diagnos och uppgift om tid, då patient varit oförmögen till arbete	2:—
Intyg av annat slag	3:—

Tanduttagning:

Uttagning utan lokalbedövning för 1 tand	1:—
» » » » varje ytterligare tand vid samma tillfälle	0: 50
» med » » 1 tand	2:—
» » » » varje ytterligare tand vid samma tillfälle	1:—

Vid svårare fall av tanduttagning (utmejsling) beräknas arvudet enligt § 4.

Tandfyllning:

Centralfyllning, amalgam, i kindtänder	2:—
Amalgamfyllning i framtänder och hörntänder samt enkel cervikalfyllning i kindtänder och oxeltänder	2: 50
Centralfyllning, amalgam, i oxeltänder	2: 75
Approximalfyllning, 2 ytor, amalgam, i kindtänder och oxeltänder	3: 25
Dubbelapproximal, 3 ytor, amalgam, i kindtänder och oxeltänder	4: 50
Amalgamkrona (exkl. rotbehandling)	5: 50

¹ Ang. dessa särskilda bestämmelser se kap. 3.

² Ifrågavarande bestämmelser äro avsedda att utfärdas av resp. huvudman (jfr kap. 7 D).

Kr.

Silikatcementfyllning	3: 25
Provisorisk fyllning med cement eller guttaperka	1:—
Guldinlägg enl. direkt metod ¹	19:—
» » indirekt metod	24:—

För större guldinlägg beräknas arvudet enligt § 4.

Tillkommer extra för:

Lokalbedövning	1:—
Pulpaamputation	3:—
Rotbehandling, vid levande pulpa, i framtänder och hörntänder	3:—
» » » » i kindtänder och oxeltänder	4:—
» » sönderfallen » i framtänder och hörntänder	5:—
» » » » i kindtänder och oxeltänder	6:—

Stifttänder och guldkronor (exkl. rotbehandling):

Porslinskrona utan mellanlägg eller med mellanlägg av oädel metall, stift av oädel metall	10:—
Porslinskrona utan mellanlägg, stift av guld	12:—
» med » och » » »	18:—
Stifttand i guld med helring (Richmondkrona) enligt direkt metod	35:—
» indirekt »	40:—
Guldkrona enligt direkt metod å kindtänder	35:—
» » » » oxeltänder	40:—
» » indirekt » » kindtänder	40:—
» » » » oxeltänder	45:—
Broled	30:—

Kautschukprotes:

Protes av kautschuk för 1 tand	15:—
» » » » varje ytterligare tand t. o. m. 3 tänder ..	2:—
» » » » varje tand utöver 3 tänder	1:—
Hel över- eller underkäk	35:—
Helprotes	60:—

Tillkommer extra för:

Underkäksspång av rostfritt stål (fabriksgjord)	8:— 10:—
Klammer av rostfritt stål	2:— 5:—
Lagning av kautschukprotes	3: 75
Tillsättning av 1 tand till protes	4: 25
» » varje ytterligare tand	1:—

All behandling av munnen före protesens insättning beräknas extra enligt ovan angivna belopp.

§ 4.

För behandling, som icke är särskilt upptagen i denna taxa, skall ersättningen beräknas efter den tid, som åtgår för behandlingen, med högst kr. 4:— för full timme, vartill må läggas kostnaden för material samt tandteknikerkostnad enligt särskild taxa.²

¹ Guldkostnaden här och i det följande beräknad efter ett pris av kr. 5: 20 per gram guld, som ingår i färdiggjord protes.

² Denna taxa är avsedd att utfärdas av medicinalstyrelsen (jfr kap. 6).

§ 5.

Betalning skall, såvitt ej anstånd av tandläkaren medges, erläggas vid behandlings början.

Tredskas någon att erlägga betalning enligt denna taxa, njute tandläkaren för utbekommande därav handräckning hos överexekutor, där han styrker, att räkning å beloppet blivit tillställd den betalningsskyldige minst fjorton dagar före ansökningens ingivande till överexekutor.

§ 6.

För kontroll å taxans efterlevnad skall i den journal över arbetet, som föres av vederbörande tandläkare på polikliniken, meddelas uppgift å den behandlade patientens namn, behandlingens art och arvodets storlek.

§ 7.

Denna taxa skall vara anslagen å lämplig plats i distriktstandpolikliniken.

Vid uppgörandet av detta taxeförslag har tandläkarens bruttointkomst per år av den taxebelagda verksamheten beräknats till c:a 7 000 kr. vid full sysselsättning. Tandläkarens genomsnittliga årskostnader för tandteknik, inkl. sköterskebiträde, samt för de förbrukningsartiklar, försäkringsavgifter och kontorsexpenser, som belöpa på ifrågavarande klientel, ha uppskattats till 4 100 kr. Hänsyn har härvid jämväl tagits till att teknikerarbete vid behov skall kunna utföras å polikliniklaboratorium, där tekniker med hel arbetsdag finnes anställd. Tandläkarens nettointkomst av den taxebelagda verksamheten skulle alltså bli omkr. 2 900 kr. per år.

Bil. 9. P. M. med vissa uppgifter angående anstalter för abnorma, sinnesslöa, fallandesjuka och vanföra samt skyddsuppfostringsanstalter och fängelser.

Anstalter för blinda.

Jämlikt lag den 29 maj 1896 skola blinda barn, som fyllt 7 år, hänvisas till blindskola, dock att skolplikt ej gäller blinda barn med komplicerat lyte. För de blindas undervisning och vård har staten inrättat olika slag av anstalter. Vid sidan härav driva vissa föreningar och sällskap särskilda anstalter för vuxna blinda.

För närvarande (maj 1935) finnas följande anstalter:

I. Statliga anstalter.

a) *Tomtebodas förskola och institut* mottager barn från 7 år och avser att bibringa barnen ett kunskapsmått jämförligt med folkskolebildning samt giva dem färdighet i hantverk eller handarbete, så att de kunna förtjäna sitt eget uppehälle. Sammanlagd lärotid 10 år. Antal elever cirka 140.

Förskolan i Värjö mottager barn, huvudsakligen från Götaland, i åldern 7—9 år. Därefter överflyttas eleverna till Tomteboda (skolan ombildas efter 1/6 1935 till hantverksskola för kvinnor).

b) *Hantverksskolan i Kristinehamn* mottager *manliga* elever över 14 år. Utbildningstid vanligen 3 år. Eleverna inackorderas i hem utom skolan. Platsantal 50.

Hantverksskolan i Uppsala mottager *kvinnliga* elever över 14 år. Skolan är internat. Platsantal 25. (Nedlägges efter 1/6 1935.)

c) *Vårdanstalten i Lund* mottager sådana blinda, som på grund av komplicerat lyte (dövstumhet, sinnesslöhet, vanförhet eller epilepsi) icke kunna mottagas i andra blindskolor, både barn och vuxna, dock i regel ej personer över 20 år. Anstalten består av *dels* en skola för barn i skolåldern, *dels* ett arbetshem för äldre elever, *dels* ock en asyl för sådana, som äro för unga och outvecklade för att intagas i skolan eller ock sakna förutsättningar att tillgodogöra sig undervisning. Sammanlagt platsantal cirka 175.

För varje i obligatorisk blindskola (Tomteboda och Lund) intaget barn har vederbörande landsting att lämna visst årligt bidrag per barn. Landstingen äga dock bestämma, huruvida föräldrar eller målsmän skola bidraga med visst belopp. Undervisningen vid hantverksskolorna är avgiftsfri, men kläder och kosthåll få betalas av eleverna själva.

II. Enskilda anstalter.

Prinsessan Eugénias blindhem, Stockholm, avsett för ålderstigna kvinnor. 20 platser.

Jacques och Galathée Lamms hem för behövande blinda män, Stockholm, cirka 10 platser.

Hemmet för blinda kvinnor i Nynäshamn mottager företrädesvis yngre kvinnor, vilka genom eget arbete kunna bidraga till sitt uppehälle. Med hemmet är förenat ett hem för blinda barn före skolåldern.

Stiftelsen Malmöhus läns blindhem mottager åldriga eller ensamstående blinda män och kvinnor, företrädesvis över 40 år.

Anm. Tandvård är anordnad vid anstalten i Tomtebodå (egen klinik). Tandvården är avgiftsfri. Vid övriga skolor finnes enl. uppgift ej någon ordnad tandvård. (Denna och följande anmärkningar äro hämtade ur 1928 års betänkande.)

Anstalter för dövstumma.

Jämlikt lag den 31 maj 1889 med däri sedermera vidtagna ändringar är landet för dövstumsundervisningens ordnande indelat i sju distrikt, bestående av två eller flera landstingsområden resp. icke-landstingsstäder. Varje distrikt har en distriktsskola, där obligatorisk undervisning meddelas barn från 7 års ålder. Utbildningstiden är 8 år. Vid sidan härav meddelas frivillig undervisning dels i s. k. förskolor för barn, som ej uppnått skolåldern, och dels i fortsättningsskolor för dem, som avgått från distriktsskolorna. Undervisningen i distriktsskolorna är avgiftsfri, men för kosthållet kan — efter vederbörande landstings eller icke-landstingsstads bestämmande — viss årlig avgift uttagas. Ansvar för kostnadernas bestridande åvila huvudmännen; statsbidrag utgår dock till distriktsskolorna samt kan jämväl utgå till enskilda dövstumsskolor.

I ett av särskild sakkunnig år 1932 avlämnat betänkande har ifrågasatts, att staten skulle övertaga ansvaret för dövstumsundervisningen, varvid jämväl fortsättningsskolorna skulle bli obligatoriska. Detta förslag har biträts av skatteutjämningsberedningen och kommittén.

För närvarande finnas följande anstalter:

I. Skolor.

a) Förberedande skolor.

Förskolan i Göteborg, där undervisning meddelas barn från 3 å 4 år tills de inhämtat ungefär motsvarande kunskaper som i 1 klass distriktsskola, i vilka eleverna få inträde i 2 klass. Med hemmet är förenat ett skolhem för barn, som sakna hem eller vars föräldrar bo utom staden. Platsantalet i förskolan 25 och i hemmet 10. Undervisningen i förskolan avgiftsfri. Avgift å skolhemmet nominellt 600 kr. pr läsår. Nedsättning kan ske. Skolan är enskild men åtnjuter statsbidrag i likhet med distriktsskolorna.

Skolan för döva småbarn i Stockholm. Skolan, som tillhör en förening, drives i stort sett efter samma grunder som förskolan i Göteborg. Platsantal 20.

b) Distriktsskolorna.

1:a distriktet	Manilla	elefant	vt. 1934	134
2:a	» Växjö	»	»	49
3:e	» Lund	»	»	71
4:e	» Vänersborg	»	»	111
5:e	» Örebro	»	»	39
6:e	» Gävle	»	»	60
7:e	» Härnösand	»	»	133

Samtliga skolor äro helinternat utom i Örebro, där eleverna på skolans bekostnad utackorderas i enskilda hem, samt Lund och Vänersborg, som delvis mottaga externa elever.

c) *Fortsättningsskolor.*

Tysta skolan, Lidingö, äges av en stiftelse samt är avsedd för flickor. Platsantal 40. Utbildningstid 2 år. Undervisning och uppehälle avgiftsfria.

Lantbruks- och hantverksskolan å Råbylund (Lund) äges av 3:e döfstumsdistriktet och är avsedd för manliga elever mellan 18—30 år. Platsantal 20. Utbildningstid 2—4 år. Undervisning och uppehälle avgiftsfria för elever, som bott i distriktet minst 2 år.

Hantverksskolan i Vänersborg äges av 4:e distriktet och är avsedd för manliga elever mellan 15—21 år, företrädesvis från 4:e distriktet. Utbildningstid 2—4 år. Avgifterna = Råbylunds skolan.

d) *Charlottendals skolhem* för s. k. hörstumma barn; platsantal 8.

II. *Anstalter för vuxna.*

Vid sidan av ovannämnda skolor finnas ett fåtal mindre skydds- och ålderdomshem för vuxna döfstumma. Ett av dessa äges av 3:e döfstumsdistriktet och är anslutet till dess skola i Råbylund. Övriga ägas av föreningar.

Anm. Manilla distriktsskola har egen tandklinik. Vid övriga distriktsskolor ombesörjes tandvård hos privattandläkare. Tandvården är i samtliga fall avgiftsfri.

Anstalter för sinnesslöa.

Anstalterna för sinnesslöa äro av tre slag, uppfostringsanstalter, arbetshem och asyler.

Uppfostringsanstalterna äro avsedda för sinnesslöa barn, som äro eller kunna antagas vara bildbara och ej lida av fallandesjuka eller blindhet. Dessa anstalter äro i allmänhet ordnade av landstingen resp. icke-landstingsstäder. Vissa enskilda anstalter finnas dock. Samtliga anstalter åtnjuta statsbidrag. Intagningen får ej ske tidigare än vid 6 år och ej senare än vid 12 år, om statsbidraget skall utgå. Utbildningstiden är högst 8-årig. Efter slutad skolgång sker vid behov och då plats finnes överflyttning till arbetshem. Eljest få kvinnliga elever i mån av utrymme bo kvar å skolhemmen; manliga elever utskrivas däremot. För *vanartade* sinnesslöa barn har staten inrättat särskilda uppfostringsanstalter, en för gossar och en för flickor. Där intagas även epileptiska fall.

Arbetshemmen äro närmast avsedda för sinnesslöa, som genomgått uppfostringsanstalt men icke nått den utveckling, arbetsförmåga eller stadga, att de lämpligen kunna återvända till samhället. Flertalet arbetshem äro anordnade som annex till uppfostringsanstalterna. Vissa fristående arbetshem hava inrättats av enskilda. Samtliga arbetshem åtnjuta statsbidrag på samma villkor som uppfostringsanstalterna. Viss tid för elevs vistelse å arbetshem är dock ej föreskriven. För vuxna *vanartade* sinnesslöa (asociala imbecilla) har staten inrättat särskilda anstalter, två för män och en för kvinnor.

Asylerna äro avsedda för obildbara sinnesslöa, även sådana, som lida av fallandesjuka. En stor del av asylerna äro inrättade som annex till uppfostringsanstalt. Åtskilliga fristående asyler hava emellertid inrättats av föreningar eller enskilda. Statsbidrag utgår. För de mera opålitliga och våldsamma eller eljest *svårskötta* obildbara av mankön har staten beslutat inrätta en särskild anstalt om 600 platser, som beräknas bliva färdig under år 1935. Liknande anstalt för kvinnliga *svårskötta* torde komma att inrättas inom närmaste framtiden. Å samtliga befintliga anstalter uttagas särskilda vårdavgifter.

Följande anstalter finnas för närvarande:

I. Statliga anstalter.

a) för vanartade barn

Platsantal

Uppfostringsanstalten för gossar å Salbohed	50
D:o för flickor i Vänersborg	40

b) för vuxna vanartade

Salberga sjukhus	374
Källshagens » (imbecill avd.)	283
Västra Marks »	350

II. Landstingsanstalter.

Landsting eller stad utanför landsting		Anstaltsort	Antal platser å		
			skolhem	arbetshem	asyl
Stockholms stad		Åkeshov	¹ —	—	50
Stockholms län		Väsby	² 50	54	73
»		Östhammar	—	—	30
Uppsala »		Rickomberga-Håga	51	51	—
Södermanlands »		Malmby	² 60	30	76
Östergötlands »		Söderköping	80	73	64
Jönköpings »		Värnamo	—	—	70
Jönköpings }		Eksjö	² 100	—	—
Kronobergs }					
Kalmar }					
Gotlands }		Karlshamn	² 78	—	—
Blekinge }					
Kristianstads »		Hässleholm	² 69	—	—
»		Osby	—	—	41
Malmöhus »		Lund	107	30	—
»		Hälsingborg ³	—	33	185
Malmö stad		Malmö	30	—	—
»		Fosie	—	17	—
Hälsingborgs »		—	—	—	—
Hallands län		Heberg	60	—	—
Göteborgs o. Bohus » }		Källered	140	46	⁴ 60
Göteborgs stad }					
Skaraborgs }		Mariestad	² 130	70	⁵ 118
Älvsborgs }					
Värmlands »		Ulleberg	² 90	20	⁶ 62
Örebro »		Askersund	² 60	—	—
Västmanlands »		Strömsholm	56	44	74
Kopparbergs »		Hedemora	² 74	18	76
Gävleborgs »		Bollnäs	71	48	—
»		Storvik	—	—	⁵ 22
Gävle stad		Gävle	² 38	—	41
Västernorrlands län		Viskan	² 95	25	58
Jämtlands »		Bräcke	54	12	69
Västerbottens »		Umeå	² 80	—	—
»		Håknäs	—	26	100
Norrbottnens »		Råneå	38	20	⁵ 44

¹ Stockholms stad och Norrköpings stad hava var sin externatskola för sinnesslöa barn, den förra om 135 och den senare om 65 platser. — ² Vissa platser å skolhemmet äro f. n. upplåtna åt arbetshemselever. — ³ Anstalten gemensam för Malmöhus och Kristianstads läns landstingsområden. — ⁴ Endast för barn. — ⁵ Därav vissa för barn. — ⁶ Företrädesvis för barn.

III. Enskilda anstalter.

Landstingsområde eller icke-landstingsstad		Skolhem		Arbetshem		Asyler	
		antal	platser	antal	platser	antal	platser
Stockholms	stad	—	—	1	30	—	—
»	län	1	¹ 130	5	16—40	² 7	14—120
Uppsala	»	—	—	1	54	1	60
Södermanlands	»	1	30	1	20	³ 3	20—44
Östergötlands	»	—	—	—	—	1	30
Norrköpings	stad	—	—	—	—	—	—
Jönköpings	län	—	—	4	10—15	² 13	22—80
Kronobergs	»	—	—	1	32	⁴ 2	17—36
Kalmar	»	—	—	—	—	1	43
Gotlands	»	—	—	—	—	—	—
Blekinge	»	—	—	—	—	1	40
Kristianstads	»	—	—	1	70	⁵ 2	60—114
Malmöhus	»	—	—	1	15	⁶ 2	37—67
Malmö	stad	—	—	—	—	—	—
Hälsingborgs	»	—	—	—	—	—	—
Hallands	län	—	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	»	1	25	4	10—35	² 4	16—40
Göteborgs	stad						
Älvsborgs	län	—	—	1	15—20	—	—
Skaraborgs	»	—	—	—	—	⁶ 2	22—24
Värmlands	»	—	—	—	—	—	—
Örebro	»	—	—	1	32	3	34—59
Västmanlands	»	—	—	1	3	⁷ 1	17
Kopparbergs	»	—	—	—	—	2	23—31
Gävleborgs	»	—	—	—	—	—	—
Gävle	stad	—	—	—	—	—	—
Västernorrlands	län	—	—	—	—	—	—
Jämtlands	»	—	—	1	7	1	18
Västerbottens	»	—	—	—	—	—	—
Norrbottens	»	—	—	—	—	—	—

¹ Vissa platser f. n. upplåtna åt arbetshemselever. — ² Härav några delvis för barn. — ³ Härav två, båda om 20 platser, helt för barn. — ⁴ Härav ett om 36 platser, helt för barn. — ⁵ Härav ett om 60 platser, företrädesvis för barn. — ⁶ Härav ett delvis för barn. — ⁷ Helt avsett för barn.

Anm. Vid landstingsanstalten i Eksjö lämnas tandvård å anstalten, medan tandvården för Malmö stads sinnesslöanstalt ombesörjes å folkskoletandklinik. Beträffande några andra landstingsanstalter ombesörjes tandvård hos privattandläkare. Vid Slagsta sinnesslöskola (enskild) lämnas tandvård å anstalten. Tandvården är som regel avgiftsfri.

Anstalter för fallandesjuka.

(Epileptikeranstalter.)

Epileptikeranstalterna äro liksom sinnesslöanstalterna av tre slag: uppfostringsanstalter, arbetshem och asyler. Å *uppfostringsanstalterna* mottagas såväl sinnesslöa som icke-sinnesslöa fallandesjuka barn, vilka uppnått 6 års ålder. Någon övre åldersgräns finnes ej. Utbildningstiden är högst 8-årig. Vanartade fall mottagas å vissa skyddshem eller å statens uppfostringsanstalter för sinnesslöa, även om de icke äro sinnesslöa. *Arbetshemmen* mottaga dels fallandesjuka, som genomgått epileptikerskola, dels ock andra till vuxen ålder komna fallandesjuka, som äro i

någon mån arbetsföra. Arbetshemmen utgöra antingen annex till skolorna eller äro fristående. Vanartade fall, som äro sinnesslöa, mottagas å statens anstalter för asociala imbecilla. *Asylerna* (f. n. finnes blott en) äro avsedda för obildbara sinnesslöa fallandesjuka. Dessa vårdas för närvarande ofta å sinnesslöasylerna, vilka dock ej äro lämpade härför.

Samtliga anstalter äro enskilda utom en, som tillhör landsting. Statsbidrag utgår enligt huvudsakligen samma grunder som för sinnesslöanstalterna.

För närvarande finnas följande anstalter:

A n s t a l t	Anstaltsort	Antal platser å		
		skolhem	arbetshem	asyl
Margaretahemmet	Knivsta	40	16	¹ 46
Vilhemsro	Kortebo	107	56	—
»	Bankeryd	—	32	—
Svenska Diakonanstaltens epileptikerhem....	St. Sköndal (3 st.)	—	² 112	—
»	Järna	—	60	—
»	Enskede	—	11	—
Lunds stifts prästers nykterhets- och diakoni- förbunds epileptikerhem	Höör (2 st.)	—	124	—
Rönningegården	Hässleholm	—	40	—
Sönnarslövsgården ³	Ö. Sönnarslöv	—	37	—
Epileptikerhemmet	Ervalla	—	40	—

¹ Endast för barn. — ² Härav 48 platser för gossar mellan 13—20 år. — ³ Tillhör Kristianstads läns landsting.

Anm. Patienterna å Vilhemsro erhålla avgiftsfri tandvård å anstalten.

Anstalter för vanföra.

Vården av vanföra utövas å särskilda anstalter, omfattande a) polikliniker och sjukavdelningar för meddelande av ortopedisk vård, b) skolhem för sådana barn i eller stundom under skolålder, vilka på grund av vanförhetens art eller omfattning icke kunna vårdas hemma, tillgodogöra sig vanlig skolutbildning eller ha svårighet att förflytta sig, och c) yrkesskolor med eller utan elevhem. I samband med två vanföreanstalter hava tillika inrättats d) särskilda asylhem för de svåraste invaliditetsfallen.

För närvarande finnas 5 anstalter:

A n s t a l t s o r t	Antal platser å			
	sjukavd.	skolhem	yrkesskola	asyl
Stockholm	88	45	136	—
Göteborg	97	35	¹ 110	—
Hälsingborg	70	50	110	20
Härnösand	103	48	² 95	—
Eugeniahemmet	24	90	³ 45	36

¹ Därav 92 interna. — ² Därav 93 interna. — ³ Samtliga interna.

Samtliga anstalter drivas av särskilda föreningar eller sällskap, som för ändamålet åtnjuta bidrag av såväl stat som landsting och icke-landstingsstäder. Kom-

miittén har i sitt betänkande angående kroppssjukvården föreslagit, att landstingens resp. icke-landstingsstäders bidrag skola övertagas av staten.

Anm. Patienterna vid Stockholmsanstalten erhålla tandvård å anstalten, de vid Göteborgsanstalten å folkskoletandklinik eller hos privattandläkare samt de vid Hälsingborgsanstalten och Eugeniahemmet hos privattandläkare. Tandvården är som regel avgiftsfri.

Skyddsuppfostringsanstalter.

Dessa äro av tre olika typer, nämligen skyddshem för landstingsområden och städer, som ej deltaga i landsting, skyddshem för hela riket samt allmänna uppfostringsanstalter.

I. Skyddshem för landstingsområden och icke-landstingsstäder.

Dessa hem äro upprättade jämlikt barnavårdslagens 43 § 1 mom., som föreskriver, att för beredande av skyddsuppfostran åt vanartade barn skall för varje landstingsområde resp. stad, som ej deltaga i landsting, finnas skyddshem med erforderligt antal platser. Två eller flera vederbörande kunna förena sig om gemensamt skyddshem. Skyddshem kan ock upprättas av annan, därvid landsting eller icke-landstingsstad kan befrias från skyldigheten att upprätta skyddshem. Nu ifrågasvarande skyddshem skola alltså ägas eller disponeras av landstingsområden och städer, som ej deltaga i landsting. De äro i stort sett avsedda för barn under 15 år. Deras antal är 30, varav 20 för gossar och 10 för flickor; vissa andra uppgifter om dem lämnas i nedanstående tablå:

A n t a l s k y d d s h e m , a v s e d d a f ö r						
enbart stad utanför landsting	enbart landstingsområde	enbart flera landstingsområden	landstingsområde jämte stad utanför landsting	flera landstingsområden jämte stad (städer) utanför landsting	flera landstingsområden utom två städer med 10 000 invånare	Hälsingborg, Landskrona och Lund samt Jönköpings län
5	8	8	1	6	1	1
2 äro belägna i resp. stad (platsantal 85 och 20), 1 i närgränsande landstingsområde och 2 i icke närgränsande landstingsområde	Samtliga äro belägna i resp. landstingsområden	Samtliga äro belägna i ett av resp. landstingsområden. (1 är beläget i stad med 10 000 inv., platsantal 80)	Beläget i landstingsområdet	5 äro belägna i ett av resp. landstingsområden, 1 i annat landstingsområde	Beläget i ett av resp. landstingsområden	Beläget i annat än Malmöhus och Jönköpings läns landstingsområden
Platsantal för de sistnämnda: 35—45	Platsantal: betr. ett hem 60, betr. de övriga 17—40	Platsantal för övriga sju: 30—50	Platsantal: 40	Platsantal: 18—36	Platsantal: 50	Platsantal: 50

II. Skyddshem för hela riket.

Dessa hem äro i sin tur av tre olika slag, nämligen skyddshem, upprättade av staten eller annan jämlikt barnavårdslagens 43 § resp. a) 2 mom., b) 3 mom. och c) 5 mom.

a) I dessa skyddshem intagas vanartade barn, vilka på grund av sin ålder eller vanartens beskaffenhet icke lämpligen kunna uppfostras i skyddshem, som under I sägs. Då särskilda förhållanden det påkalla, må även person i åldern 18—21 år intagas. Fem skyddshem av nu ifrågavarande art äro inrättade, därav 1 för gossar och 4 för flickor. Samtliga ägas av enskilda och äro belägna å ren landsbygd. Platsantalet utgör för ett av hemmen (Hall) 128, varvid dock är att märka, att vid denna anstalt finnas ytterligare 55 platser för fostran och vård enligt barnavårdslagens 43 § 3 mom. (jämför nedan under b)); för de övriga hemmen varierar platsantalet mellan 18 och 33.

b) I dessa skyddshem intagas sådana vanartade barn, som på grund av kropps- eller sinnessjukdom, vanförhet eller annan kroppslig eller andlig brist eller svaghet icke lämpligen kunna uppfostras i skyddshem, som avses under I och II a) och åt vilka ej heller vård kan beredas å anstalt, som avses i barnavårdslagens 36 §, vilken avhandlar specialvård för sjuka och abnorma barn. Även beträffande denna grupp av skyddshem må, då särskilda förhållanden det påkalla, intagas person i åldern 18—21 år. *Två* hem av detta slag finnas, ett för gossar och ett för flickor; de ägas av enskilda och äro belägna å ren landsbygd. Platsantalet är 55 (Hall; jämför ovan under a)) resp. 50.

c) I dessa skyddshem intagas personer i åldern 18—21 år, som äro i behov av skyddshemsvård. (Även skyddshem, som ovan angivas under a) och b), annat skyddshem, där Konungen så medgivit, och allmän uppfostringsanstalt (se nedan under III) må, då särskilda förhållanden det påkalla, mottaga ifrågavarande personer.) *Två* hem finnas, ett för gossar och ett för flickor. Det ena äges av landsting, det andra av enskild; båda äro belägna å ren landsbygd. Landstingsanstalten har 30 platser, det andra hemmet 25.

III. Allmänna uppfostringsanstalter.

Dessa anstalter ha till uppgift att emottaga dels minderåriga i åldern 15—18 år, om vilka domstol förordnat, att de skola i stället för att undergå straff insättas i allmän uppfostringsanstalt, dels skyddshemselever över 15 år, som visat särdeles svår vanart. Hithörande anstalter äro *två*, en för vardera könet. Den ena (Bona) äges av staten, den andra av enskild; båda äro belägna å ren landsbygd. Statens ifrågavarande anstalt har 250 platser; antalet platser å den andra anstalten är 56.

Kostnaderna för å skyddshem intagen fördelas mellan staten, landstinget och hemkommunen. Landstinget lämnar det största bidraget, staten det minsta. Om ersättning influtit från enskild försörjningspliktig, tillgodokommer det influtna beloppet hemkommunen och landstinget med hälften var i form av avdrag från deras bidragsbelopp.

För person, som omhändertagits för skyddsuppfostran i åldern 18—21 år, utgår ersättning av statsmedel enligt de föreskrifter, som härom lämnas av Konungen.

Anm. Bona-eleverna erhålla tandvård å anstalten, eleverna å Stockholms stads skyddshem (Skrubba) å skoltandklinik, eleverna vid visst annat skyddshem å tandläkarinstitutet samt eleverna å vissa andra skyddshem hos privattandläkare. Tandvården är som regel avgiftsfri.

Fångvårdsanstalter.

Fångvårdsanstalterna utgöras av centralfängelser, straffängelser, kronohäkten och Stockholms stads rannsakningsfängelse.

Kronohäktena äro avsedda för dem, som ådömts straff om högst 2 månader, samt för bötesfångar. Rannsakningsfängelset är avsett för rannsakningsfångar och bötesfångar. Med hänsyn härtill torde kronohäktena samt rannsakningsfängelset vara utan betydelse i förevarande sammanhang och lämnas därför här åsido.

Centralfängelserna och straffängelserna däremot äro avsedda för sådana, som ådömts straff om minst c:a 1 år resp. om 2 månader—1 år, varvid dock är att märka, att å dessa anstalter även intagas sådana, som ådömts korta straff och äro från resp. ort.

Såväl centralfängelserna som straffängelserna ägas av staten.

Centralfängelserna äro 7 till antalet, varav ett för kvinnor (Växjö). De för män äro belägna i Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Mariestad och Härnösand. Vid centralfängelserna i Norrköping och Växjö är interneringsanstalt anordnad.

Straffängelserna äro till antalet 12, varav ett i Gävle, tio i städer med mer än 10 000 invånare och ett i stad med nära 10 000 invånare (Vänersborg). Vid ett av straffängelserna (Karlstad) är interneringsanstalt anordnad.

Medeltalet fångar per dag utgjorde under år 1933 å:

centralfängelset	å Långholmen (Stockholm)	537
»	» Härlanda (Göteborg)	148
»	» i Malmö	168
»	» Norrköping	77
»	» Mariestad	72
»	» Härnösand	132
»	» Växjö	86
straffängelset	» Gävle	83
»	» Uppsala	49
»	» Linköping	57
»	» Jönköping	73
»	» Kalmar	33
»	» Karlskrona	25
»	» Kristianstad	63
»	» Karlstad	57
»	» Örebro	47
»	» Västerås	52
»	» Falun	47
»	» Vänersborg	59

Anm. Vid vissa större fängelser har tandvård åt fångarna ordnats genom avtal med tandläkare på platsen (reducerad taxa). Kostnaderna ha som regel täckts med fångarnas besparade arbetspremier, i vissa fall med statsmedel.

Bil. 10. Förslag till utrustning för fast tandpoliklinik, ambulatorisk tandpoliklinik samt för laboratorium med resp. utan gas.

(Uppskattningen verkställd i huvudsaklig anslutning till av Dentalaktiebolaget i Stockholm lämnade uppgifter.)

Förslag till utrustning för fast tandpoliklinik.

Möbler och apparater:

- 1 Operationsstol med oljepump med enkelt teleskop, klädsel i svart pegamoid, svarta armstöd, vit- eller svartlackerad,
- 1 Elektrisk bormaskin med sammanfällbar väggarm och allcordtransmission, komplett med wristjoint och handstycke nr 7, vit- eller svartlackerad,
- 1 Contra-angle vinkelstycke för slip-joint, helt av metall, förkromat,
- 1 Elektrisk steriliseringsapparat, storlek: $225 \times 110 \times 50$ mm, komplett med ledningskabel,
- 1 Elektrisk kastrull, $\frac{1}{2}$ liters, komplett med ledningskabel,
- 1 Steriliserställ till d:o för injektionssprutor och glasbägare,
- 1 Instrumentskåp nr III, storlek: $170 \times 60 \times 40$ cm, överdelen med 3 flyttbara råglashyllor, underdelen med dubbeldörr och lackerad trähylla,
- 1 Instrumentbord, skolklinikmodell, enligt tandläkare Hammarlund, ny typ med 5 överfalsade draglådor med mjölkglasbottnar och svarta knoppar, med svartoxiderade, gummiklädda trissor och svartoxiderade benhylsor, storlek: 56×42 cm, med råglasskivor,
- 1 Fönsterbord, bestående av förkromad hållare och vit skiva,
- 1 Arm till d:o, vit- eller svartlackerad,
- 1 Operationsbelysning med ställbar takhiss, inklusive 300 watt dagsljuslampa,
- 1 Enkelskålig salivfontän med vita opalineglasskålar, med anordning för montering till operationsstolen, komplett med erforderliga slangar och anslutningsdosa, vit- eller svartlackerad.

Cirka kr. 2 060:—

Alternativt kan för enkelskålig salivfontän användas:

- 1 Salivpelare utan anslutning till vattenledning, vit- eller svartlackerad, med förnicklad överkant, med rubinglasinsats och avfallsbehållare.

I så fall avgår Cirka kr. 135:—

Instrument och glasvaror:

- 1 Contra-angle vinkelstycke för slipjoint, helt av metall, förkromat,
- 1 Handstycke, helt av metall, förkromat,
- 12 Speglar utan skaft, KK., förkromade,
- 6 Skaft till d:o, förkromade,
- 8 Exkavatorer, skedform,
- 6 Amalgaminstrument, dubbeländade,
- 6 Sonder, dubbeländade,
- 2 Cementspatlar, dubbeländade,
- 1 Agatspatel, dubbeländad,
- 12 Pincetter, enligt Meriam,
- 1 Resektionspincett,
- 2 Luftbläster med 6 spetsar,

- 1 Automaton tunghållare, förkromad,
- 1 Peetz tunghållare med salivsugare,
- 1 Spritlampa, helt av glas, 75 ccm,
- 1 Desinfektionsglas, klart glas,
- 1 Vattenspruta, glascylinder och metallkolv, förnicklad,
- 2 Extra kanyler till d:o,
- 1 Kvicksilverbehållare av trä,
- 2 Fischers injektionssprutor,
- 2 Extra reservcylindrar till d:o,
- 3 Ansatser till d:o,
- 10 Ashs tandtänger nr 1, 13, 17, 18, 22, 22s, 33, 39, 41, 52,
- 1 Alveolar-resektionstång,
- 2 Tantalinstrument,
- 1 Beins hebel.
- 2 Saxar enligt Cooper,
- 2 Skalpeller, 8-kant. skaft,
- 1 Tamponstoppare,
- 1 D.A.B. amalgammortel med pistill,
- 1 Glasskiva, $15 \times 7.5 \times 2$ cm,
- 1 » , 10×7 cm, blank,
- 1 sats Morse Scalers, komplett sats innehållande 12 spetsar i 9 olika former samt 3 skaft,
- 2 S.S.W. Universalinstrument B.,
- 3 Rotstoppare, Kerr nr 7, 9, 11,
- 1 Bomullsbehållare med glaskupa, förnicklad,
- 3 Mandrels nr 303,
- 1 Kofferdam-håltång,
- 1 » -klammertång,
- 4 » -klamrar, S.S.W. nr 26 och 27,
- 1 Glasburk med överfallande lock, 10×10 cm,
- 1 Rondsål, emaljerad,
- 1 Matrishållare, modell Ivory nr 1,
- 1 Flackstång, förnicklad,
- 1 Avbitartång, 4", förnicklad,
- 1 Borrputsborste,
- 1 Fingerpansar med leder,
- 1 Borrkorg, $9 \times 6 \times 3$ cm,
- 1 Borrställ med kåpa,
- 3 Mätglas, 12 ccm,
- 6 Medikamentflaskor med glaspropp,
- 3 Porslinsskålar, 4-kant. 20×12.5 cm m/reffl. kammar, för instrument,
- 1 Servethållare, D.A.B.,
- 1 Kofferdamhållare, modell Wizard,
- 1 Instrumenttång, 20 cm, förkromad,
- 5 Glasskålar, $215 \times 120 \times 50$ mm,
- 1 Nålförare enligt Kader,
- 1 duss. Suturnålar,
- 1 tub Silke,
- 2 Sårsevar, 1/Williger, 1/Martini,
- 1 Raspatorium.

Cirka kr. 545:—

Förslag till utrustning för ambulatorisk tandpoliklinik.

Möbler och apparater:

- 1 *Transportabel, hopfällbar operationsstol*, helt av rör med sits av filt, med höj- och sänkbart nackstöd, med spottkoppshållare och förkromad spottkopp,
- 1 *Transportabel, hopfällbar trampborrmaskin* i Unicakoffert, komplett med överdel med slipjoint och handstycke,
- 1 *Contra-angle vinkelstycke* för slipjoint, helt av metall, förkromat,
- 1 *Instrumentskrin*, tandläkarinstitutets modell större typen, polerat i mahogny, med 7 draglådor och löstagbara nickelbottnar, utan instrument,
- 1 *Väska* för handinstrument,
- 1 *Primuskök* med tystbrännare och stativ,
- 1 *Emaljerad sterilisator*, $28 \times 16 \times 9$ cm.

Tillkommer eventuellt:

- 1 *Elektrisk symaskinsmotor*, komplett med fotregulator, för montering å trampborrmaskinen, med drivsnöre.

Cirka kr. 705:—

Instrument och glasvaror enligt specifikationen för fast tandpoliklinik.

Cirka kr. 545:—

Förslag till utrustning för laboratorium.

A. Med tillgång till gas.

- 1 *Elektrisk slipmotor*, reglerbar för 2 hastigheter, med komplett sats à 4 chuckar, för lik- eller växelström,
- 1 *Vulkaniseringsapparat* med balansarm och åt sidan fällbart lock, med säkerhetsventil och utblåsningskran, panna av koppar för 3 kyvetter, komplett med gasbrännare, gasregulatormanometer och sifonrör,
- 1 *Bygel* för 3 kyvetter,
- 3 *Kyvetter*, 3- eller 4-delade,
- 1 *Kyvettpress*, tandläkarinstitutets modell,
- 1 *Gasbrännare* med kran och evighetslåga,
- 1 *Original Fletchers blåsrör*, extra kraftig modell,
- 1 *Bälg*, större modell, med zinkkåpa.

Cirka kr. 550:—

B. Utan tillgång till gas.

- 1 *Elektrisk slipmotor*, reglerbar för 2 hastigheter, med komplett sats à 4 chuckar, för lik- eller växelström,
- 1 *Vulkaniseringsapparat nr 3* med centralskruv och bygel, lock av mässing, med utblåsningskran och säkerhetsventil, panna av koppar för 3 kyvetter, med termometer och primuskök av specialmodell med tystbrännare,
- 1 *Sifonrör med manometer* utan gasregulator,
- 1 *Bygel* för 3 kyvetter,
- 3 *Kyvetter*, 3- eller 4-delade,

- 1 *Kyvettpress*, tandläkarinstitutets modell,
- 1 *AGA Dissousgasanläggning*, komplett med lödbrännare, gasfördelare och bunsenbrännare.

Cirka kr. 550: —

C. Gemensamma verktyg och tillbehör.

- 2 runda Skavare med skaft,
- 1 skedformig D:o med skaft,
- 2 Flacksticklar, 2—6 mm,
- 1 Hålstickel,
- 1 par D:o, höger och vänster, nr 26—27, med skaft,
- 2 Kautschukfilar, halvrunda, med skaft,
- 2 Metallfilar, halvrunda, med skaft,
- 2 Nålfilar,
- 1 Sax för kautschuk,
- 1 Plåtsax, svart, rak,
- 1 Plåtsax, svart, böjd,
- 1 Kronsax, rak,
- 1 Kronsax, böjd,
- 1 Flackstång, förnicklad,
- 1 Böjstång, förnicklad,
- 1 Avbitartång, förnicklad, 4",
- 1 Universaltång,
- 1 Reynolds konturtång, s. k. näbbtång,
- 1 Skentång (klammerböjstång),
- 1 Kyvettång enligt Gardner,
- 3 Lödpincetter, små,
- 1 Trefot,
- 1 Vaxkniv, stor,
- 1 Vaxkniv, liten,
- 2 Gipsknivar, vanlig modell,
- 1 Gipsspatel med träskaft,
- 1 Gipskopp, medium,
- 1 Syrskål, emaljerad, med skaft,
- 1 Stiftfilklove, vanlig modell,
- 2 Kautschukstoppare,
- 1 Sågställning,
- 1 Hornhammare,
- 1 Vaxspruta,
- 1 Gångjärnsartikulator, Berliner Klinikmodell,
- 1 Kronartikulator enligt Hunt,
- 1 Handslunga, komplett med bygel och 2 kyvetter.

Cirka kr. 100: —

Kostnaderna för erforderlig utrustning skulle alltså, oberäknat väntrumsinventarier, uppgå till omkring:

för fast poliklinik inkl. laboratorium 3 255 kr.;
 för ambulatorisk poliklinik 1 250 kr.

för andringspolitik
för fast politik och laboratorier
fem, upp till omkring

Kostnaderna för ständigt utrustning skulle alltså vara stora och utmanande

1 Handboken, kopierad med typskrift och 2 kvyetter

1 Rönnevikskort, enligt Hant.

1 Gårdsfärdskarta, Berlin, Kärtnermodell

1 Vaxpenna

1 Hornpenna

1 Sägstämning

2 Rönnevikskort

1 Stillsittare, enligt modell

1 Syster, enligt modell, med skrift

1 Gipskopie, medelm

1 Gipsstaty med tröskel

2 Gipsstaty, enligt modell

1 Vaxpenna, stor

1 Tröskel

2 Rönnevikskort, små

1 Rönnevikskort, enligt Gården

1 Skulptur, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, enligt a. b. utställning

1 Universitets

1 Avbildning, Rönnevikskort, 1.

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

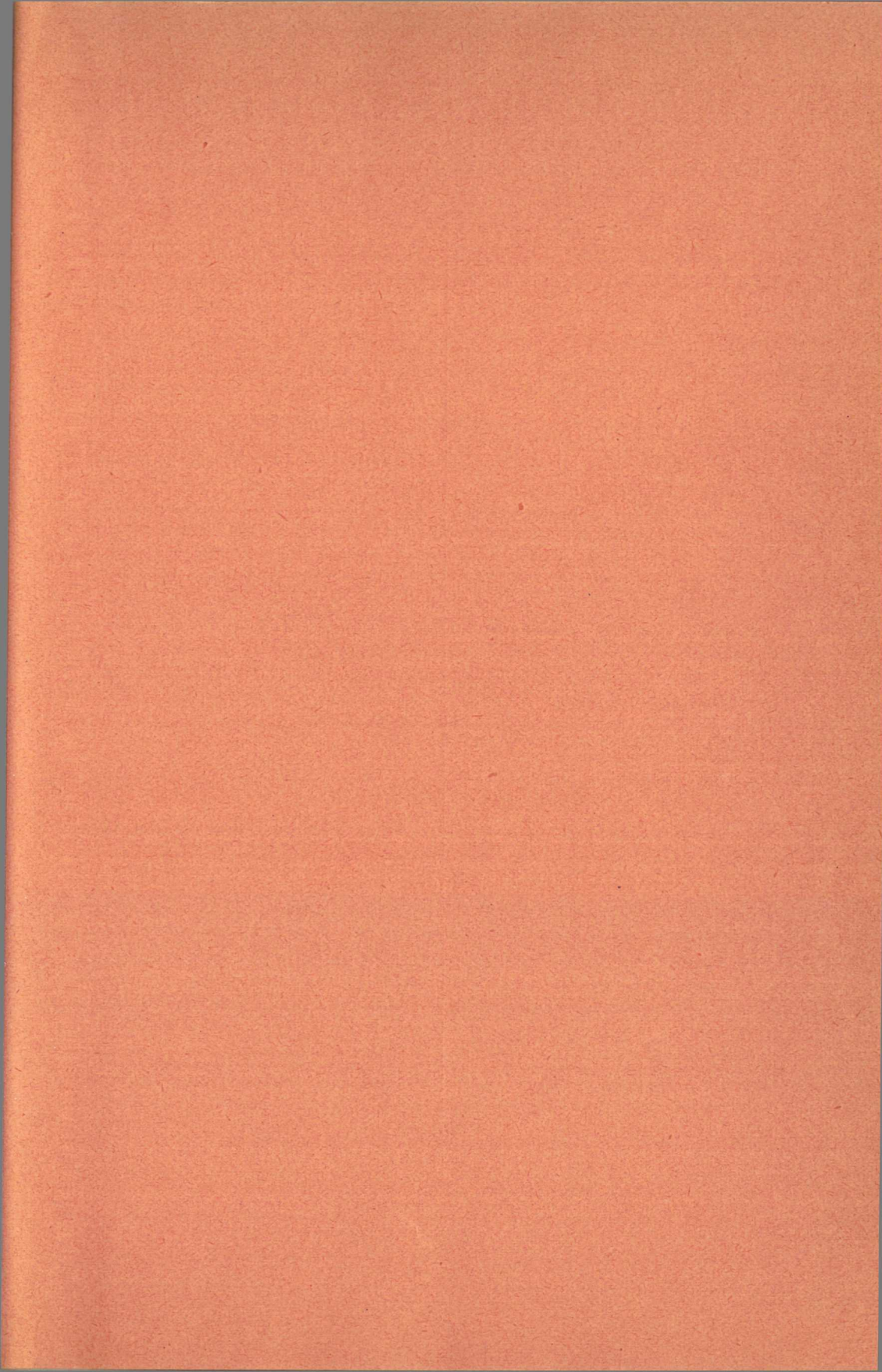
1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort

1 Rönnevikskort, Rönnevikskort



Statens offentliga utredningar 1935

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Betänkande med förslag ang. åtgärder mot statsfientlig verksamhet. [8]
Yttranden över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. [13]
Lagberedningens förslag till lag om skuldebrev m. m. [14]
Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap. [15]
Betänkande med förslag till lag om arbetsavtal. [18]
Betänkande och förslag rörande verksamheten vid skyddshemmen m. m. Förre delen. Skyddshemmens organisation m. m. [35]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Förslag till ändrade bestämmelser rörande allmänna handlingars offentlighet. [5]
Yttrande och förslag rörande tjänstgöringsbetyg som av länsstyrelserna utfärdas. [17]
Utredning ang. införande av ett dagordningsinstitut m. m. [21]
Förslag till nya avlöningsbestämmelser för icke-ordinarie befattningshavare inom den allmänna civilförvaltningen. [25]
Betänkande med förslag till ändring i vissa delar av upphandlingsförfordningen. [27]
1934 års nämnd för städningsutredning. Förslag rörande allmänna grunder för ordnandet av städnings- och rengöringsarbetet inom vissa statliga ämbetslokaler i Stockholm samt beräklandet av ersättning för nämnda arbete. [37]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

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

Nationalekonomi och socialpolitik.

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

Hälsa- och sjukvård.

Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag ang. förebyggande mödra- och barnvård. [19]
Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag ang. statsunderstödd dispensärverksamhet. [33]
Betänkande ang. folktandvård. [46]

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande med förslag ang. åtgärder för spannmålsodlingens stödjande. [1]
Promemoria ang. tillsynen över fastighetsregistreringen och fastighetsbildningen. [4]
Utredning med förslag om egnahemskonsulenter hos hushållningssällskapen. [28]
Betänkande ang. husdjursförsöksverksamhetens organisation. [29]
Berättelse över statens spannmålsnämnds verksamhet m. m. under år 1934. [30]
Jordbrukskreditutredningen. Betänkande med förslag till förordning om jordbrukets kreditkassor m. m. [32]
Betänkande med vissa synpunkter och förslag i fråga om den primära fastighetskrediten. [34]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Betänkande med förslag till omorganisation av den högre skogsundervisningen. [9]
Betänkande ang. råvaruförsörjning, produktion och arbetarantal m. m. vid skogsindustrierna. [36]

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Teknisk-ekonomiska utredningar rörande vägväsendet. Del 2. Broar. [7]
Betänkande med förslag till förordning ang. allmän automobiltrafik. [12]
Betänkande med förslag till motorfordonsförordning och vägtrafikstadga m. m. [23]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Grunder för kollektiv och individuell pensionsförsäkring. [20]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Utredning och förslag ang. rundradion i Sverige. [10]
Betänkande med utredning och förslag ang. inrättande av en statsvetenskaplig examen. [11]
Utredning och förslag rörande frågan om avgift för hemlån av böcker från bibliotek. [22]
Betänkande med förslag rörande det svenska naturskyddets organisation och statliga förvaltning. [26]
Betänkande med förslag till lag om domkapitel m. m. [31]
Betänkande med utredning och förslag ang. folk- och småskoleseminariernas organisation m. m. [44]
Utredning och förslag rörande läroböcker vid allmänna läroverk och folkskolor m. fl. undervisningsanstalter. [45]

Försvarsväsen.

Betänkande med förslag till ordnande av Sveriges försvarsväsende. Del 1. Inledande avdelning m. m. [38]
Del 2. Arméorganisationen. [39] Del 3. Marinorganisationen. [40] Del 4. Flygvapnets organisation. [41] Del 5. Värnplikten m. m. Bilagor. [42] Del 6. Särskilda yttranden. [43]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.