



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1947:70
INRIKESDEPARTEMENTET



BETÄNKANDE

angående ett

RIKSSJUKHUS I NORRLAND

(”NORRLANDSSJUKHUSET”)

avgivet av

NORRLANDSKOMMITTÉN

S T O C K H O L M

1 9 4 7

Statens offentliga utredningar 1947

Kronologisk förteckning

1. Kollektiv tvätt. Betänkande med förslag att underlätta hushållens tvättarbete. Hæggsström. xv. 284 s. S.
2. Betänkande angående fiskerinaringsens efterkrigsproblem samt den prisreglerande verksamheten på fiskets område. Antonsons, Göteborg. 325 s. Jo.
3. Elkraftutredningens redogörelse nr 1. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras räkräftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Inledande översikt. Sv. Tryckeri AB. 84 s. K.
4. Betänkande med förslag till standardtariffer för detaljdistribution av elektrisk kraft. Hæggsström. 126 s. K.
5. 1944 års militärsjukvårdskommittés betänkande. Del 2. Beckman. 170 s. Fö.
6. Betänkande med förslag till geofysiskt observatorium i Kiruna m. m. Idun. 64 s. K.
7. Betänkande med förslag angående lantmåteripersonalens organisation samt avlöningsförhållanden m. m. Marcus. 132 s. Jo.
8. Betänkande med förslag angående fiskets administration m. m. Kihlström. 155 s. Jo.
9. Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m. m. Del 3. Tandläkarinstitutens organisation m. m. Beckman. 166 s. E.
10. Betänkande med förslag rörande civilförsvarets organisation m. m. Beckman. 262 s. S.
11. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 8. Utredning och förslag rörande vissa socialpedagogiska anordningar inom skolväsendet. Idun. 148 s. E.
12. Ungdomens fritidsverksamhet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 4. V. Petterson. 392 s. Ju.
13. Betänkande med utredning rörande riksräkenskapsverkets organisation. Marcus. 114 s. Fi.
14. Handel med olja. Betänkande med förslag avgivet av oljeutredningen 1945. Hæggsström. 343 s. 4 pl. Fo.
15. 1941 års lärarlönesakkunniga. Betänkande med förslag till lönerreglering för övningslärare. Sv. Tryckeri AB. 370 s. Fi.
16. Förslag till konvention mellan Sverige, Danmark och Norge om erkännande och verkställighet av domar i brottmål m. m. Norstedt. 24 s. Ju.
17. Stöd åt utvecklingshämrad ungdom. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 5. V. Petterson. 144 s. Ju.
18. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 2. Förslag angående yrkesvägledning och yrkesutbildning för partiellt arbetsföra m. m. Katalog och Tidskriftstryck. 324 s. S.
19. Kompetensförordningar för statliga, vissa halvstatliga och kommunala tjänster samt sådana yrken och befattningar, för vilkas utövande kräves av statlig myndighet utfärdad behörighetsförklaring eller legitimation. V. Petterson. 288 s. S.
20. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 15. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras räkräftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Älvsborgs län. Beckman. 48 s. K.
21. Socialvårdskommitténs betänkande. 15. Utredning och förslag angående särskilda barnbidrag och bidragsförskott m. m. V. Petterson. 114 s. S.
22. Betänkande med förslag till ändrad lagstiftning angående handel med skrot, lump och begagnat gods. Sv. Tryckeri AB. 125 s. H.
23. 1945 års lönekommitté. 2. Betänkande med förslag till statens allmänna avlöningsreglemente m. m. Marcus. 289 s. Fi.
24. Betänkande rörande ett centralt arbetsmarknadsorgan. Norstedt. 220 s. S.
25. 1945 års akademikerutredning. Norstedt. 64 s. E.
26. Slutbetänkande avgivet av bostadssociala utredningen. Del 2. Saneringen av stadssamhällets bebyggelse. Organisationen av låne- och bidragsverksamheten för bostadsändamål. Idun. 598 s. S.
27. Betänkande med förslag till ändrad ordning beträffande vissa helgdagar. Katalog och Tidskriftstryck. 75 s. E.
28. Stuveriverksamheten i svenska hamnar. Hæggsström. 110 s. H.
29. Valfärdsanordningar för sjöfolk i hamn. Hæggsström. 118 s. H.
30. Betänkande med förslag till lag om regionkommuner m. m. Beckman. 214 s. S.
31. Betänkande med förslag angående utbildning av befäl för handelsflottan m. m. Idun. 264 s. H.
32. Utredning med synpunkter på sågverksdriften i Norrland och förslag angående inrättande av en central sågverksskola. V. Petterson. 150 s. 1 karta. Jo.
33. Redogörelse i sammandrag för utredning rörande planering av jordbruket och skogsbruket i Neder-torneå kommun. V. Petterson. 177 s. 6 pl. 1 karta. Jo.
34. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 9. Gymnasiet. Idun. 622 s. E.
35. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 12. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras räkräftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Malmöhus län. Beckman. 43 s. K.
36. Vid andra riksskogstaxeringen av Norrland åren 1938—42 använd metodik och härom vunna erfarenheter. Redogörelse avgiven av 1937 års riksskogstaxeringsnämnd. V. Petterson. 205 s. Jo.
37. 1945 års skogsarbärgesutredningens betänkande. Del 1. Utredning rörande bostads- och levnadsförhållandena på hemmansskogarna med förslag till åtgärder för bostadsbeständets komplettering och förbättrande. Idun. 301 s. S.
38. Lagberedningens förslag till jordabalk. 1. Norstedt. 313 s. Ju.
39. Supplement nr 7 till Sveriges familjenamn 1920 Statens Reproduktionsanstalt. 112 s. Ju.
40. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 11. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras räkräftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Kristianstads län. Beckman. 40 s. K.
41. Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 7. Tiden juli 1945—juni 1946. Idun. 449 s. Fo.
42. Betänkande angående organisationen av försöksverksamheten på jordbrukets område. Katalog och Tidskriftstryck. 252 s. Jo.
43. Betänkande med förslag om upphävande av äldre giftermålsbalken. Norstedt. 72 s. Ju.
44. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 3. Statens sjukhusutredningens av år 1943 betänkande 3. Utredning och förslag angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. Katalog och Tidskriftstryck. 176 s. 8 pl. I.
45. Polisen och allmänheten. Betänkande med förslag till tjänstereglemente för polisväsendet. Idun. 126 s. I.
46. Betänkande angående familjeliv och hemarbete. Beckman. 320 s. S.
47. Fiskerättskommitténs förslag till fiskelag jämt därmed sammanhängande författningar. V. Petterson. 558 s. 2 pl. Jo.
48. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 8—10. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras räkräftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Kalmar län, Gotlands län och Blekinge län. Beckman. 68 s. K.
49. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 10. Flickskolan. Idun. 253 s. E.
50. Sysselsättningsförhållandena inom varuhandel. Beckman. 197 s. E.
51. Betänkande om granskning och antagning av läroböcker. Hæggsström. 137 s. E.
52. Möbler. Betänkande avgivet av 1946 års möbelutredning. Stockholms Bokindustri AB. 368 s. H.
53. Kommunallagskommitténs betänkande 1 med förslag angående ändringar i kommunallagarnas bestämmelser om borgerlig primärkommuns kompetens och om kvalificerad majoritet. Idun. 217 s. S. I.

(Forts. å omslagets 3:e sid

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1947:70

INRIKESDEPARTEMENTET



BETÄNKANDE

angående ett

RIKSSJUKHUS I NORRLAND

(”NORRLANDSSJUKHUSET”)

avgivet av

NORRLANDSKOMMITTÉN

STOCKHOLM 1947

AB KATALOG OCH TIDSKRIFTSTRYCK

73063



STATENS OMBUDSMAN

STATENS OMBUDSMAN



REKVISIT

REKVISIT

RIKSDAGENS FÖRORDNING

(FÖRORDNING)

REKVISIT

REKVISIT

REKVISIT



Till KONUNGEN

Norrlandskommittén, som enligt sina direktiv även har att upptaga frågor av social karaktär, har på detta område bland annat i en den 5 december 1946 avgiven utredning behandlat vissa för Norrland aktuella frågor

inom den öppna sjukvården, närmast avseende distriktssköterskornas verksamhet. Sedermera har kommittén ansett sig böra upptaga även den slutna sjukvården eller anstaltsvården i Norrland till behandling.

I Norrland är befolkningen i fråga om viss specialiserad sjukvård hänvisad till anstalter, som äro belägna i huvudstaden. Detsamma gäller även ifråga om institutioner av annat slag som icke lämpligen kunna anordnas länsvis. Till följd av de långa avstånden försvåras i hög grad utnyttjandet av ifrågavarande institutioner, ett förhållande som givetvis i alldeles särskild grad drabbar befolkningen i övre Norrland. Härtill har även medverkat att dessa institutioner i vissa fall icke äro utbyggda till en kapacitet, som motsvarar behovet. Olägenheterna med det gällande systemet göra sig emellertid gällande även på annat sätt. En institution, som skall tillgodose exempelvis övre Norrlands behov, kan icke placeras i Stockholm utan att förlora en stor del av den lokala kontakt med verksamhetsområdet som i vissa fall måste anses som en väsentlig förutsättning för att den skall kunna fullfölja sitt syfte. Det anförda gäller kanske i särskild grad institutioner på sjuk- och tandvårdens områden.

I Stockholm, Göteborg och Malmö, vilka städer utgöra naturliga centra för befolkningen långt utöver länsgränserna, har med tiden ett stort antal riksinstitutioner på bl. a. nyssnämnda områden vuxit fram. Norrland saknar dylika naturliga befolkningscentra. Härigenom samt genom glesbebyggelsen och de stora avstånden ha betingelserna för tillkomsten i Norrland av riksinstitutioner av här ifrågavarande slag i hög grad försvårats. Kommittén har med hänsyn till det anförda funnit erforderligt att staten lämnar sin medverkan till inrättandet i Norrland av vissa för befolkningen därstädes särskilt betydelsefulla institutioner på sjuk- och tandvårdens områden. Härvid har kommittén jämväl beaktat att de nordligaste länen redan förut ha den högsta landstingsskatten i riket och — vad som för befolkningens ekonomi är ännu mer betydelsefullt — att ett stort antal kommuner i Norrland ha en i hög grad tyngande skattebörd.

Norrlandskommittén har med angivna utgångspunkter upptagit frågan om inrättande i Norrland av vissa medicinska institutioner till prövning. Kommittén har därvid funnit att bl. a. ett antal specialkliniker på sjuk- och tandvårdens områden samt vissa forsknings- och undervisningsinstitutioner på samma områden böra inrättas i Norrland och sammanföras till ett rikssjukhus samt att denna anstalt bör förläggas till ett befintligt, fullt utbyggt centrallasarett (i Umeå).

Utredningsarbetet har handhäfts av kommitténs sociala sektion med riksdagsman W. Hedlund som ordförande och byråsekreterare Ingvar Höjer

som sekreterare. I sektionens arbete ha även deltagit kommitténs ordförande och dess kanslichef, ävensom lasarettsläkaren Axel Odelberg och laboratorn vid tandläkarinstitutet i Stockholm, med. lic. Arne Forsberg, vilka på framställning av kommittén förordnats av statsrådet och chefen för jordbruksdepartementet att såsom medicinsk respektive tandvårdsexpert biträda kommittén.

Kommittén har under ärendets handläggning uppehållit kontakt med representanter för medicinalstyrelsen och dess vetenskapliga råd, karolinska institutet, tandläkarinstitutet, karolinska sjukhuset, 1946 års statsbidrags-sakkunniga för hälso- och sjukvården, 1944 års tandläkarutbildningssakkunniga, sakkunniga för översyn av folktandvårdsorganisationen, 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen, svenska landstingsförbundet, de norrländska landstingen, vissa personalorganisationer m. fl. vilka på olika sätt lämnat sin medverkan vid utredningsarbetet. Samråd har även ägt rum med ett stort antal personer med sakkunskap på sjukvårdens och tandvårdens områden.

I samband med utredningen ha vissa resor företagits till Umeå och Sundsvall. Bland annat har vid ett sammanträde i Umeå i april 1946 med representanter för folktandvården och de privata tandläkarnas organisationer i de fyra nordligaste länen diskuterats frågan om inrättande av en central tandvårdstansalt i Norrland.

Beträffande vissa ekonomiska förhållanden i samband med inrättandet och driften av ett rikssjukhus i Norrland har skriftväxling ägt rum med Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott. För bedömandet av härmed sammanhängande frågor har av kommittén utsetts en särskild delegation, i vilken bland kommitténs ledamöter ingått ovannämnde Hedlund samt riksdagsmännen K. Mäler och E. Andersson. Skriftväxlingen har resulterat i vissa åtaganden från landstingets sida.

Sedan ifrågavarande utredningsarbete numera avslutats, får kommittén härmed överlämna *betänkande angående ett rikssjukhus i Norrland* (»Norrlandssjukhuset»).

Ärendet har anmälts för kommittén i dess helhet, bland annat vid sammanträde den 16 april 1947, då ställning tagits till huvudpunkterna i förslagen. I två särskilda yttranden — som här bifogas — ha vissa ledamöter av kommittén framfört sina synpunkter i fråga om förläggningen av de föreslagna institutionerna.

Kommitténs ledamot G. Wigren har med hänsyn till sin ställning som landstingsdirektör i Västerbottens läns landsting icke deltagit i kommitténs ståndpunkttagande till de i betänkandet diskuterade finansieringsfrågorna.

De experter, lasarettsläkaren Axel Odelberg och laboratorn Arne Forsberg, som enligt vad ovan anförts biträtt kommittén, ha förklarat sig helt instämma i kommitténs förslag i vad gäller sjukvården respektive tandvården och tandläkarutbildningen.

Stockholm den 20 november 1947.

Underdånigst

NILS MALMFORS

Yngve Ericsson

Ingvar Höjer

Del I

NORRLANDS CENTRALA SJUKVÅRDSANSTALT

1891

NEW YORK

CENTRAL STATION

Kap. 1. De norrländska landstingens nuvarande sjukhusorganisation.

Som ett led i den översyn av hälso- och sjukvårdsförhållandena i Norrland, som norrlandskommittén verkställt, har kommittén givetvis även uppmärksammat den slutna sjukvården i Norrland och därvid främst de norrländska landstingens sjukhusorganisation, eftersom den övervägande delen av den slutna sjukvården handhaves av landstingen. Kommittén har härvid i första hand utgått från av Statens sjukhusutredning och Centrala sjukvårdsberedningen upprättade tablåer med specificerade uppgifter rörande totala antalet vårdplatser samt antalet vårdplatser per 10 000 invånare inom olika vårdområden vid kroppssjukhusen i Norrland den 1 januari 1944 (se S. O. U. 1944:47). Kommittén har även införskaffat motsvarande uppgifter för den 1 januari 1946. Ett studium av nämnda uppgifter ger vid handen följande.

De norrländska landstingen ha anordnat sin anstaltvård för de akut kroppssjuka efter i viss mån olika linjer. Sålunda har Norrbottens län byggt sin sjukhusorganisation på odelade lasarett kompletterade med sjukstugor. Behovet av specialiserad vård har hittills tillgodosetts i samarbete med staten vid garnisonssjukhuset i Boden. Västerbottens län återigen har funnit det fördelaktigt att anordna ett stort antal vårdplatser vid sjukstugor fördelade tämligen jämnt över landstingsområdet. Den mera kvalificerade vården tillgodoses vid tvenne specialiserade lasarett. Något odelat lasarett finns icke. I Västernorrlands län finnas inga sjukstugor. Huvuddelen av landstingets vårdplatser äro förlagda till centrallasarett. Även i Jämtlands län kan man skönja en tendens till centralisering. I Gävleborgs län ha de odelade lasarett hittills dominerat, kompletterade av sjukstugor. Den specialiserade vården har varit förlagd till lasarettet i Gävle, som drivits i samarbete med Gävle stad. Av vederbörande landsting fattade, delvis redan realiserade beslut ändrar i någon mån denna bild. I Norrbottens län har en successiv delning av de odelade lasarett till normallasarett ägt rum, samtidigt som en utbyggnad av de s. k. småspecialiteterna skett i Boden. För Västerbottens län har beslutats ett normallasarett i lappmarken och utbyggnad av redan befintliga centrallasarett med ytterligare specialavdelningar. Även i Västernorrlands, Jämtlands och Gävleborgs län äro planer antagna, som föra till ökad specialisering, vad

Jämtlands och Gävleborgs län beträffar i likhet med Västerbottens län även till en viss decentralisering genom tillkomsten av nya sjukvårdsanstalter ute i länen. Norrlandskommittén har icke funnit anledning att i förevarande sammanhang taga ställning till frågan huruvida en decentraliserad vård vid sjukstugor eller en mer centraliserad vård är att föredraga i Norrland. Skäl kunna åberopas för båda systemen. Bl. a. äro givetvis de befolkningsgeografiska förhållandena inom de olika landstingsområdena av stor betydelse.

En jämförelse mellan vårdplatsantalet i de norrländska landstingen och i övriga landsting år 1944 ger vid handen följande. Sammanlagda antalet vårdplatser per invånare vid odelade lasarett och sjukstugor var i 3 av de 5 norrländska länen högre (beträffande Norrbottens och Gävleborgs län betydligt högre) än medeltalet för samtliga landsting. Även i fråga om platsantalet per invånare vid delade lasarett lågo 3 av de 5 norrländska länen över medeltalet bland landstingen. I fråga om sammanlagda antalet vårdplatser per invånare vid kroppssjukhusen lågo 4 av de 5 norrländska länen över medeltalet.

En jämförelse mellan antalet norrländska vårdplatser per invånare 1944 och 1946 ger vid handen, att platsantalet vid odelade lasarett icke i något fall ökat. Däremot har antalet sjukstugeplatser per invånare ökat i ett par landsting. Antalet platser per invånare vid de delade lasarett har i samtliga län ökat avsevärt.

I nedanstående tabell (tab. 1) som sammanställts av statens sjukhusutredning, redovisas antalet vårdplatser per 10 000 invånare vid kroppssjukhusen den 1/1 1944 jämte antalet skattekrönor per invånare i medeltal för åren 1934—1943.

Tabellen utvisar, utöver vad som framgår av det ovan anförda, att norrlandslänen i fråga om sammanlagda antalet vårdplatser vid lasarett, sjukstugor och b.b.-anstalter lågo i närheten av medeltalet för samtliga landsting i riket. I fråga om epidemiplatser och t.b.c.-platser lågo 4 av de 5 norrländska landstingen över medeltalet per invånare, men i fråga om »övriga vårdplatser» — vari bl. a. ingå vårdplatser för kroniskt sjuka — under medeltalet, och för de 3 nordligaste länen anmärkningsvärt under medeltalet. Härvidlag hänvisas till kap. 2. Om samtliga vårdplatser sammanslås ligga 4 av de 5 norrländska landstingen över medeltalet per invånare för landstingen i övriga delar av landet. Jämför man åter antalet skattekrönor per invånare 1934—1943 i de norrländska länen med medeltalet för samtliga län finner man att inget norrlandslän ligger över nämnda medeltal. Två av länen (Jämtlands och Västerbottens län) hade det lägsta antalet skattekrönor per invånare i riket med undantag för Gotlands och

Tabell 1. Antal vårdplatser vid kroppssjukhus per 10 000 invånare den 1 januari 1944 jämte antalet skattekronor per invånare i medeltal för åren 1934—1943 (enligt sammanställning av Statens sjukhusutredning).

Sjukvårdsområde m. m.	Lasarett, sjukstugor, bb-anstalter	Epidemi- sjukhus	Tbc-an- stalter	Övriga vård- platser	S:a vård- platser	Skattekronor per inv. 1934—1943
Stockholms stad	60,4	11,2	16,3	48,8	136,7	25,4
Göteborgs stad	53,2	14,1	17,3	29,1	113,7	18,7
Malmö stad	44,7	12,9	9,4	32,4	99,4	17,0
Norrköpings stad ..	44,0	8,7	14,0	36,2	102,9	13,5
Stockholms län	40,3	7,6	10,0	13,1	71,0	12,6
Uppsala län	52,8	14,0	10,5	15,1	92,4	9,8
Södermanlands län .	38,7	8,1	6,6	18,3	71,7	9,8
Östergötlands län ..	33,4	8,0	8,5	11,0	60,9	7,8
Jönköpings län	28,8	9,4	11,6	13,0	62,8	7,9
Kronobergs län	30,2	4,3	12,3	10,8	57,6	5,4
Kalmar län	32,6	7,5	12,8	11,9	64,8	6,4
Gotlands län	20,2	7,7	16,5	20,9	65,3	5,9
Blekinge län	30,9	9,4	13,4	7,2	60,9	6,8
Kristianstads län ..	29,8	6,2	8,0	8,2	52,2	6,9
Malmöhus län inkl. Hälsingborg	39,1	9,7	12,3	17,7	78,8	14,5
Hallands län	31,6	10,7	11,3	11,2	64,8	7,6
Göteb. o. Bohus län	31,1	10,8	16,9	9,3	68,1	6,9
Älvsborgs län	29,3	7,5	14,8	3,4	55,0	8,3
Skaraborgs län	30,5	7,4	10,5	11,9	60,3	6,7
Värmlands län	37,2	5,7	11,6	11,3	65,8	7,3
Örebro län	31,8	9,2	11,4	16,0	68,4	10,1
Västmanlands län ..	34,3	12,0	9,6	12,5	68,4	10,2
Kopparbergs län ..	39,0	5,8	18,4	12,0	75,2	9,0
Gävleborgs län inkl. Gävle	35,0	10,8	12,2	12,2	70,2	7,7
Västernorrlands län.	38,6	4,9	18,9	10,2	72,6	6,6
Jämtlands län	31,0	8,9	17,5	2,6	60,0	6,0
Västerbottens län ..	41,1*	10,8	20,8	1,2	73,9	6,2
Norrbottnens län	32,9	13,5	27,2	4,9	78,5	8,2
Summa: Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping ..	55,3	12,0	15,5	40,8	123,6	21,7
Summa: Landstingen	34,6	8,6	13,4	11,3	67,9	8,2
Summa: Hela riket .	41,7	9,2	15,5	18,2	84,6	10,5

Kronobergs län. Av det anförda synes framgå, att de norrländska lands-
tingen, trots begränsade ekonomiska resurser, förmått att i fråga om an-
talet vårdplatser vid ifrågavarande anstalter väl hävda sig i förhållande
till övriga landsting i riket.

Kap. 2. Allmänna synpunkter rörande specialistvården i Norrland.

Förutom specialavdelningar för *medicin, kirurgi, röntgen, ögonsjukdomar, öron-, näs och svalg*sjukdomar samt *pediatrik*, som finnas eller beslutats inom varje landstingsområde i Norrland, torde landstingen genomgående vara inställda på att inrätta fullständiga *kvinnokliniker* innefattande specialavdelningar för obstetrik och gynekologi. Hittills ha i Norrland gynekologiska avdelningar inrättats endast i Gävle och Sundsvall. Enligt beslut av respektive landsting skola emellertid barnbördsavdelningarna vid Östersunds och Umeå lasarett kompletteras med gynekologiska avdelningar till fullständiga kvinnokliniker.

Reumatologiska avdelningar finnas vid pensionsstyrelsens kuranstalt i Åre samt vid lasaretten i Umeå och Boden. *Ortopedisk* avdelning finnes vid Vanförestalten i Härnösand. Enligt 1941 års reumatikersakkunnigas förslag skulle en ortoped även anställas vid lasarettet i Umeå. Reumatiker-vårdens och den därmed sammanhängande ortopedvårdens problem ha ingående behandlats av nämnda sakkunniga. De år 1946 tillsatta ortoped- och vanförevårdssakkunniga fullfölja planläggningsarbetet inom ifrågavarande områden. Med hänsyn härtill har kommittén icke funnit anledning att närmare ingå på reumatiker- och ortopedvården.

Norrlandskommittén har icke heller — av skäl som angivas i det följande — närmare gått in på vården av de *sinnessabnorma* (sinnessjuka och sinnesslöa).

Särskilda anstalter för de s. k. lättskötta sinnessjuka ha i viss utsträckning inrättats av landstingen. Den huvudsakliga delen av klientelet har emellertid omhändertagits av primärkommunerna på ålderdomshemmen. Även ett avsevärt antal svårt sinnessjuka ha fått omhändertagas på dessa hem, då platsantalet på de statliga sinnessjukhusen varit långt ifrån tillräckligt. Detta har medfört att en stor del av ålderdomshemmens klientel kommit att utgöras av mer eller mindre svårt sinnessjuka. Motsvarande förhållanden, ehuru i lägre grad, torde gälla i fråga om de sinnesslöa. Särskilt framträdande har det anförda varit i vissa norrlandslän (se tabell 2 nedan).

Det procentuella antalet vårdplatser för *kroniskt sjuka* är i de nordligaste länen vida lägre än i övriga delar av landet.¹ Enligt de statsbidragsbestämmelser som gällde före år 1945 — då en ändring av bestämmelserna genomfördes — hade Västerbottens län en utbyggnad av endast 14 % av antalet statsbidragsberättigade platser (en på varje tusental av landstingsområdets invånare), men även Norrbottens och Jämtlands län med 31 respektive 33 % utbyggnad lågo långt under de övriga länen som i genomsnitt hade en utbyggnad av 75 %. Detta låga antal vårdplatser kan knappast vara motiverat av att behovet av dylika platser är särskilt ringa i Norrland. Snarare torde Norrland med hänsyn till den i vissa län relativt stora frekvensen av reumatiska sjukdomar vara i behov av ett något större antal platser än det övriga Sverige. I stället ha även här ålderdomshemmen i relativt stor utsträckning fått ta hand om de sjuka. Detta förhållande liksom förekomsten av sinnesabnorma på ålderdomshemmen belyses av nedanstående tablå.

Tabell 2. Vårdtagare på ålderdomshem i behov av vård på annan än dylik anstalt (år 1938)².

L ä n	Vårdtagare på ålderdomshem i behov av vård på anstalt för sinnesabnorma (%)	Summa vårdtagare på ålderdomshem i behov av vård på annan än dylik anstalt (%)
L a n d s b y g d		
Hela landet	13,6	28,7
Gävleborgs	19,7	37,5
Västernorrlands	17,5	40,8
Jämtlands	12,5	37,0
Västerbottens	23,5	42,4
Norrbottens	22,7	44,2
S t ä d e r		
Hela landet	15,5	31,0
Gävleborgs	25,1	33,9
Västernorrlands	19,8	36,6
Jämtlands	—	12,5
Västerbottens	13,0	36,2
Norrbottens	20,4	47,6

Den omständigheten att sinnesabnorma och kroniskt sjuka i angiven omfattning (på landsbygden i Norrbotten till icke mindre än 44 %) vårdas på ålderdomshemmen är givetvis i högsta grad otillfredsställande såväl ur

¹ De följande uppgifterna rörande kroniskt sjuka ha hämtats ur 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II (S. O. U. 1944:28).

² Ur socialvårdskommitténs statistiska undersökning angående kommunernas ålderdomshem (S. O. U. 1940:22).

vårdsynpunkt som med hänsyn till de övriga pensionärernas trevnad. Statsmakterna ha emellertid under senare år ägnat ingående uppmärksamhet åt detta förhållande. Sålunda pågår för närvarande en utredning om en 10-årsplan för sinnessjukvårdens anstaltsväsende avseende vården såväl av de svårare som de lättskötta sinnessjuka. Vid 1944 års riksdag har antagits en lag om undervisning och vård av bildbara sinnesslöa, varigenom landstingen ålagts att anordna erforderlig anstaltsvård för detta klientel. Utredning har vidare förordnats om huvudmannaskapet för vården av de vuxna sinnesslöa. Ytterligare har socialvårdskommittén i betänkande angående ålderdomshemmen (S.O.U. 1946:52) framlagt förslag till lag om ålderdomshem, innefattande bl. a. att ålderdomshemmen efter en övergångsperiod av omkring 10 år skola friläggas från alla sådana fall som icke kunna anses tillhöra deras ordinarie klientel (sinnessjuka och sinnesslöa av olika grader, kroniskt sjuka samt andra kategorier svårskötta eller för omgivningen störande pensionärer). Det föreslogs samtidigt att statsbidrag skulle utgå till anordnande av ålderdomshem efter i huvudsak samma grunder som enligt 1945 års bestämmelser gälla för dylikt bidrag till folkskolebyggnader samt att driften av hemmen skulle finansieras med bidrag av s. k. socialhjälp.

Det framgår av fattigvårdsstatistiken att antalet understödstagare i förhållande till folkmängden är vida större i de nordligaste delarna av landet än i de övriga landsdelarna. Å andra sidan utvisar följande uppställning att de nordligaste länen disponerat över ett i förhållande till folkmängden relativt lågt antal platser (över huvud taget) på ålderdomshemmen.

Tabell 3. Antalet vårdplatser på ålderdomshemmen på 1 000 av folkmängden den 1 januari 1938. Landsbygd.¹

L ä n	
Gävleborgs	6,0
Västernorrlands	6,3
Jämtlands	5,6
Västerbottens	3,2
Norrbottnens	3,8
Hela landet	6,7

Slutligen utvisar befolkningsstatistiken att den beräknade ökningen under åren 1940—70 av antalet personer över 60 år är avsevärt mycket större, relativt sett, i norrlandsläna än i riket i övrigt (för Västerbottens och Norrbottens län mer än dubbelt så stor).

¹Ur socialvårdskommitténs statistiska undersökning angående kommunernas ålderdomshem (S. O. U. 1940:22).

Situationen är alltså den att det nordligaste Sverige, trots förekomsten av ett mycket stort antal understödstagare (som visserligen oftast icke tillhöra ålderdomshemmens klientel) och trots den i Norrland i alldeles särskild grad markerade åldersutvecklingen, disponerar ett relativt sett litet antal platser på ålderdomshemmen och att av dessa platser en (jämfört med det övriga landet) mycket stor procent upptages av sådana pensionärer, som rätteligen borde vårdas å annan anstalt. Den närmaste anledningen till detta sistnämnda förhållande är att i Norrland särskilt stor brist föreligger på vårdplatser vid specialanstalter för vissa sinnesabnorma och kroniskt sjuka etc. Djupare sett torde emellertid anledningen ofta vara att söka i framför allt primärkommunernas ekonomiska läge även om däri att förhållandena i Norrland stundom medföra att hälso- och sjukvårdens anordnande blir mer kostnadskrävande än i andra delar av landet. Vad ålderdomshemmen beträffar skulle härvidlag en betydande lättnad inträda vid ett genomförande av socialvårdskommitténs förslag om efter antalet skattekrönor per invånare differentierade statsbidrag till anordnande av ålderdomshem och om bidrag genom s. k. socialhjälp till driften av dylika hem. För landstingens del kommer enligt Kungl. Maj:ts direktiv samma synpunkt att beaktas av utredningen för översyn av grunderna och villkoren för statens bidrag till hälso- och sjukvården. Med hänsyn till att ovan berörda vårdområden sålunda i stor utsträckning äro föremål för statsmakternas intresse, har kommittén icke funnit anledning att i nuvarande läge upptaga dem till närmare behandling.

Tuberkulosvården är av särskilt intresse för Norrlands del med hänsyn till att tuberkulosdödligheten framförallt i övre Norrland under de sista 50 åren varit ovanligt hög. En stark nedgång kan emellertid konstateras under de senaste decennierna. I det svårast angripna länet i riket, Norrbottens län, har dödligheten gått ned från 3,36 ‰ åren 1916—1920 till 0,82 ‰ år 1946. Riksmedeltalet sistnämnda år var emellertid 0,51 ‰, varför Norrbottens län fortfarande har en avsevärt högre tuberkulosdödlighet än »normalt». Sjukdomen synes att döma av dispensärernas uppgifter förekomma tämligen ojämnt. Sålunda var exempelvis i Tärna (i Västerbottens län) dödligheten år 1942 2,97 ‰ och i Vindelns (i samma län) 1,18 ‰. Sjukdomsfrekvensen har icke gått tillbaka i samma grad som dödligheten. Det största antalet första gången för tuberkulos vårdade per 1 000 inv. uppvisades 1945 av Norrbottens, Västernorrlands och Jämtlands län. Antalet nyupptäckta tuberkulosfall utgjorde år 1945 pr 1 000 invånare 2,6 för hela riket, 3,7 för Norrbottens län och 3,8 för Västerbottens län. Vilhelmina och Hällnäs centraldispensär hade 4,9 ‰ nyupptäckta fall. Behovet av fortsatt verksamhet till tuberkulosens bekämpande är sålunda ännu stort i Norrland.

Tuberkuloskampen kan föras på olika vägar. En lämpligt sammansatt

kost är härvidlag av stor betydelse. Detta framgår av tuberkulosfrekvensen i Bohuslän, där man bl. a. med hjälp av förbättrade kostvanor lyckats få ned dödligheten, som tidigare varit mycket hög, till en siffra som nu ligger under riksnedeltalet. Delvis mot bakgrunden härav har kommittén ägnat ingående uppmärksamhet åt kostfrågan i Norrland, till vilken fråga kommittén återkommer i annat sammanhang. Även bostadsfrågan och den allmänna hygienien böra emellertid beaktas härvidlag.

De förnämsta hjälpmedlen i den förebyggande vården äro dispensärvården och skolhälsovården. Även skolmåltiderna må nämnas i detta sammanhang. De under senare riksdagar fattade besluten att staten i de båda sistnämnda fallen skall påtaga sig en avsevärd del av kostnaderna är givetvis av mycket stor betydelse för hälsotillståndet inte minst i Norrland. I fråga om skolmåltiderna har kommittén framfört vissa synpunkter i remissutlåtande den 4 februari 1946. Genom skolhälsovården har man erhållit möjlighet att uppspara sjukdomar på ett tidigt stadium, vilket givetvis är av stor betydelse för ernående av ett gott resultat av behandlingen. Omfattningen av skolhälsovården var vid det första verksamhetsårets (1944—1945) utgång tämligen olika i olika län. Redan under andra verksamhetsåret har emellertid enligt preliminära uppgifter som under hand inhämtats från skolöverstyrelsen, en påtaglig utjämning skett. Trots den korta tid som skoldistriktet disponerat över för verksamhetens anordnande torde man sålunda kunna räkna med en relativt snabb utbyggnad av organisationen.

Vid 1946 års riksdag har ännu ett betydelsefullt steg tagits i kampen mot tuberkulosen. Riksdagen beslöt nämligen, att en allmän skärmbildsundersökning omfattande alla personer i landet över 10 år — under första året $\frac{1}{5}$ -del av befolkningen över 10 år — skulle företagas inom de närmaste åren. Det är sannolikt, att som en följd av denna undersökning behovet av vårdplatser mångenstädes kommer att ökas, framför allt i de delar av landet där tuberkulosfrekvensen hittills varit störst. Denna ökning torde emellertid i varje fall i viss utsträckning kompenseras av att åtskilliga vårdplatser vid s. k. »E» paviljonger vid sanatorierna, som nu äro belagda med utlänningar, så småningom komma att bliva lediga. Med hänsyn till anförda förhållanden har norrlandskommittén i nuvarande läge inskränkt sig till att föreslå inrättandet av en bröstkirurgisk klinik i Norrland (se kapitel 6).

Epidemivården. Även för denna ansvara i allmänhet landstingen, som härvidlag uppbära statsbidrag såväl för uppförande som för drift av anstalterna (epidemilagen 1919). Vården är avgiftsfri för patienterna. De flesta landstingen ersätta kostnad för intagning å epidemisjukhus. Där så ej är fallet ha sjukhassorna i vissa fall svarat för kostnaderna. För återresa utgår ingen ersättning från sjukhassan. Däremot förekommer det, att

landsting utbetalar sådan ersättning. Socialvårdskommittén har i förslaget om allmän sjukförsäkring (S.O.U. 1944:15) uttalat att frågan om ersättning i förevarande fall bör regleras genom ändring i epidemilagen.

Då de nuvarande bestämmelserna torde oskäligt belasta norrlandsbefolkningen och de norrländska landstingen, synes en dylik ändring ur norrländsk synpunkt synnerligen önskvärd. Norrlandskommittén förutsätter att denna fråga upptages till prövning av statsbidragssakkunniga.

Kommittén berör här icke heller närmare forskningsarbetet och vården på *yrkessjukdomarnas och yrkeshygienens* område, då detta icke är ett speciellt norrländskt problem utan ett riksintresse, som bör få en hela landet omfattande lösning. Här må endast nämnas, att medicinalstyrelsen i cirkulärskrivelse till landstingen i förevarande fråga ansett lämpligt att räkna med minst en poliklinik eller öppen mottagning för yrkessjukdomar inom varje landstingsområde. Kommittén hänvisar emellertid till sitt i det följande framlagda förslag om inrättande i Norrland av en klinik för bl. a. hudsjukdomar, vilka sjukdomar i viss utsträckning äro att hänföra till yrkessjukdomar, liksom till sitt förslag om inrättande av en laboratorieorganisation vid det i det följande åsyftade Norrlandssjukhuset, vilken jämväl kan bli av avsevärd betydelse i kampen mot yrkessjukdomarna.

Kliniker för radiologi, hud- och könssjukdomar, neurologi, neurokirurgi och bröstkirurgi saknas helt i Norrland. Detsamma gäller specialiteterna endokrinologi, plastikkirurgi, foniatrik, urologi och barnkirurgi. Psyko-neuroser mottagas, förutom vid de invärtesmedicinska klinikerna, på pensionsstyrelsens anstalt i Åre. I den mån kliniker anordnats inom ifrågavarande specialområden ha de placerats vid undervisningssjukhus eller storstadssjukhus i södra delarna av landet. Landstingen ha sålunda hittills i allmänhet icke gått in för att inrätta sådana kliniker vid sina anstalter.

Vissa av de senast berörda specialområdena kunna i förevarande sammanhang utan vidare avföras från diskussionen rörande behovet av specialkliniker i Norrland. Så är exempelvis fallet med *urologi* och *endokrinologi*, för vilka områden ännu icke finnas specialkliniker någonstades i landet. De torde först böra komma till stånd vid något av de förefintliga stora undervisningssjukhusen, och erfarenheterna därifrån avvaktas innan ytterligare utbyggnad sker. — *Barnkirurgin* skiljer sig i princip ej mycket från den allmänna kirurgin. Det är egentligen endast missbildningarna inom läpp-gom-området och urinorganen, som fordra ett bedömande och en operativ teknik, som sträcker sig utanför vad allmänskirurgin behärskar. Dessa båda områden inrymmas emellertid väl i och höra nära samman med den plastiska kirurgin, varför det ifrågavarande behovet bör kunna tillgodoses vid en plastikkirurgisk klinik (se härom i det följande). En annan sak är att det i stora befolkningscentra av praktiska skäl kan vara lämpligt att sammanföra barn med kirurgiska åkommor till

en klinik under särskild överläkare. För ett sjukhus i Norrland är likväl en dylik åtgärd knappast aktuell. — Om landstingen mera allmänt komma att inrätta psykiatriska kliniker vid sina lasarett, såsom förutsattes vid beslut i frågan vid 1946 års höstriksdag, kan det ifrågasättas om ej dessa kliniker i praktiken även kunna tjäna *psykoneurosvården*. Det finnes sålunda skäl för att avvakta utvecklingen på detta område.

Frågan om avspaltande från de allmänna medicinska klinikerna av smärre specialområden, t. ex *hjärtsjukdomar*, *allergiska sjukdomar*, *bristsjukdomar*, synes knappast för ögonblicket vara aktuellt. De allergiska sjukdomarnas vård är så starkt knuten till biokemiska provningsmetoder, att deras diagnostik och behandling lämpligen i stor utsträckning torde kunna knytas till ett biokemiskt laboratorium (se kap. 9 under B.). Bristsjukdomarna ha knappast ännu utvecklat sig till ett specialområde. De innefatta snarare en forskningsuppgift inom invärtesmedicinen än en utbildad specialitet. Kommittén hänvisar i detta sammanhang till sitt förslag om ett fysiologiskt laboratorium i Norrland (se kap. 9 under D). Med avseende på hjärt- och kärlsjukdomarna fordras det visserligen både specialdiagnostik och i någon mån terapeutisk utrustning för att väl tillgodose dem. Ännu finnas emellertid vid universitetssjukhusen inga särskilda kliniker för dessa sjukdomar. Anknytningarna till andra stora sjukdomsgrupper t. ex. de reumatiska är också så bred, att lämpligheten av en uppklyvning ur vissa synpunkter kan ifrågasättas. Kommittén är sålunda för närvarande ej sinnad att föreslå ytterligare uppdelning inom den invärtesmedicinska specialiteten.

Vad övriga i det föregående berörda specialiteter beträffar nämligen *radiologi*, *neurokirurgi*, *neurologi*, *plastikkirurgi*, *bröstkirurgi*, *dermatovenerologi* och *foniatrik* har kommittén funnit en närmare utredning erforderlig rörande behovet av specialkliniker i Norrland. I den mån dylika kliniker inrättas och sammanföras till ett sjukhus uppstår även behov av vad som betecknas som hjälpgorgan inom sjukvården, d. v. s. specialiserade *laboratorier*, *narkosläkare*, i vissa fall organisation för *kontroll av vårdens resultat* samt social välfärdsanordning i form av *kuratorinstitution*. Bland laboratorier som kunna ifrågasättas märkas *patologiskt*, *biokemiskt*, *sero-bakteriologiskt* och *fysiologiskt laboratorium*. I det följande framlägger kommittén sina, på verkställda undersökningar grundade synpunkter rörande behovet av specialinstitutioner i Norrland på angivna områden.

Vid bedömande av behovet av specialkliniker för norrlandsbefolkningen har kommittén närmast räknat med befolkningen i de 4 nordligaste länen. För befolkningen i Gävleborgs län och framförallt i Gästrikland torde det ligga närmare till hands att söka specialistvård vid anstalter i Stockholm. Detta bör icke hindra, att befolkningen i sistnämnda län i mån av plats erhåller vård vid specialistanstalt i Norrland.

Kap. 3. Radiologisk klinik.

Strålbehandling meddelas förutom å de tre s. k. jubileumsklinikerna i Stockholm, Göteborg och Lund även å vissa av de allmänna sjukhusens röntgenavdelningar. Jubileumsklinikerna förfoga för ändamålet över såväl radium som röntgen. I deras uppgifter ingår icke röntgendiagnostik men väl — och i särskild grad — vetenskaplig forskning. De delade sjukhusens röntgenavdelningar åter ha på ett undantag när (Södersjukhuset i Stockholm) röntgendiagnostiken som huvuduppgift. De förfoga i allmänhet ej över radium, i varje fall icke i sådana kvantiteter, att det räcker för teleradiumbehandlingar av elakartade svulster. Vederbörande överläkare besitta icke heller alltid den härför nödvändiga erfarenheten. Det finnes icke någon skarpt markerad gränslinje mellan de fall, som lämpa sig för den ena eller den andra formen av strålbehandling. Under utvecklingens gång förskjutes den på grund av nya erfarenheter och nya metoder.

I betänkande rörande användning av Konung Gustaf V:s jubileumsfond (avgivet den 23 maj 1929) ha kommitterade uttalat att det vid upprättandet av centralanstalter för radioterapi vid kræfta är önskvärt att man dels i största möjliga utsträckning tillgodogör sig befintliga krafter och inrättningar dels ock förlägger anstalterna på sådana platser som äro bekvämt tillgängliga för större områden av landet och på samma gång lämna förutsättningar jämväl för radioterapiens vetenskapliga utveckling. I anslutning härtill uttalade kommitterade, att de sjukvårdsinrättningar som i första hand borde utvecklas till centralanstalter för radioterapi vid kræfta voro Radiumhemmet i Stockholm, radioterapeutiska kliniken vid länslasarettet i Lund samt den radioterapeutiska avdelningen vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, vilka 3 kliniker, när detta skrives, utgöra de enda radiologiska centralanstalterna i landet. Beträffande Norrland uttalade kommitterade, att södra Norrland allt framgent torde böra tillhöra Stockholmscentralens verksamhetsområde. Beträffande övre Norrland uttalade kommitterade att landsdelen för det dåvarande icke ägde något sjukhus som ägde förutsättningar för grundande och upprätthållande av en centralanstalt för radioterapi vid kræfta. Med hänsyn härtill räknade kommitterade med att Norrland tillsvidare borde tillhöra Stockholmscentralens verksamhetsområde.

För att belysa verksamhetens omfattning vid de tre radioterapeutiska

klirikerna i landet har norrlandskommittén verkställt ett antal undersökningar som redovisas nedan i tabellerna 4—6.

Tabell 4. Antal platser på 10 000 invånare vid de s. k. jubileumsklinikerna i Stockholm, Lund och Göteborg.

Stockholms-klinikens upptagningsområde, 140 platser.	
	Antal invånare den 1/1 1945
Västernorrlands län	274 125
Jämtlands län	143 347
Västerbottens län	226 798
Norrbottnens län	228 109
Summa	872 379
Stockholms stad	654 864
Stockholms län	310 043
Uppsala län	143 841
Södermanlands län	198 494
Östergötlands län	329 206
Jönköpings län	249 714
Gotlands län	59 609
Örebro län	233 835
Västmanlands län	179 701
Kopparbergs län	253 060
Gävleborgs län	274 125
Av Kalmar län ¹	48 511
» Skaraborgs län ¹	18 127
» Älvsborgs län ¹	25 877
» Värmlands län ¹	34 018
Summa invånare i hela upptagningsområdet:	3 885 404
Antal platser på 10 000 invånare:	0,36.
Göteborgs-klinikens upptagningsområde, 79 platser (därav 16 provisoriska).	
	invånare
Göteborgs stad	315 474
Göteborgs och Bohus län utom G. ..	195 249
Av Hallands län ¹	98 579
» Älvsborgs län ¹	310 528
» Skaraborgs län ¹	225 897
» Värmlands län ¹	238 358
Summa invånare i hela upptagningsområdet:	1 384 085
Antal platser på 10 000 invånare:	0,57 (0,45 beräknat efter 63 pl.)

¹Invånarantalet i landstingsområdet har fördelats i enlighet med det antal patienter från landstingsområdet, som behandlats vid resp. kliniker.

Lund-klinikens upptagningsområde, 53 platser.

	invånare
Malmöhus län	546 225
Kristianstads län	251 518
Kronobergs län	152 926
Blekinge län	147 256
Av Hallands län ¹	56 610
» Kalmar län ¹	181 467
Summa invånare i hela upptagningsområdet:	1 336 002
Antal platser på 10 000 invånare: 0,39.	

Tabell 4 visar att radiumhemmet i Stockholm har det ojämförligt största upptagningsområdet av de 3 riksklinikerna. Upptagningsområdet sträcker sig från Norrbottens län i norr till delar av Kalmar län i söder. Det innefattar förutom Stockholms stad 14 län samt delar av ytterligare 4 län. Invånarantalet var år 1945 3 885 404. Kliniken disponerar den 1 januari 1947 140 platser, vilket motsvarar 0,36 platser per 10 000 invånare. De båda övriga klinikernas upptagningsområden äro av helt annan storleksordning. De innefatta 5 resp. 6 län och ha ett invånarantal av 1 384 085 för Göteborgs-anstalten och 1 336 002 för Lund-anstalten. Göteborgs-anstalten disponerar 63 ordinarie och 16 provisoriska platser. Medelbeläggningen motsvarade första halvåret 1946 75 platser. 63 platser motsvara för Göteborgs-anstaltens upptagningsområde 0,45 platser per 10 000 invånare och 79 platser (63 + 16) 0,57 platser per 10 000 invånare. Sedan länge har Göteborgs-anstalten haft ett betydande antal expektanter. Lund-anstalten disponerar 53 platser motsvarande 0,39 platser per 10 000 invånare.

Tabell 5 visar såväl den absoluta som den relativa besöksfrekvensen från de olika landstingen vid de 3 jubileumsklinikerna. Det framgår att Västerbottens och Norrbottens län ha den lägsta relativa besöksfrekvensen i riket (0,46 resp. 0,66 inskrivningar per 10 000 invånare) med undantag för Malmö stad (0,25). Skillnaden mellan de till Stockholms-anstalten anknutna landstingen i övrigt varierar mellan 0,79 för Uppsala län och 1,45 för Stockholms stad. Göteborgs-anstalten har den jämnaste (och högsta) relativa besöksfrekvensen. Den varierar mellan 0,97 för Älvsborgs län och 1,88 för Göteborgs stad. Sistnämnda siffra är 4 gånger så hög som för Västerbottens län.

Av intresse är att jämföra det absoluta antalet inskrivningar (vid Stockholms-anstalten) år 1945 från de 4 nordligaste länen (776) med antalet inskrivningar vid Göteborgs-anstalten (1 894). Befolkningsunderlaget vid sistnämnda anstalt var omkring 1 384 000. Befolkningen i de 4 nordligaste länen uppgick till omkring 872 000. Om dessa län skulle ha samma besöksfrekvens som genomsnittet för de till Göteborgs-anstalten anknutna länen

¹ Invånarantalet i landstingsområdet har fördelats i enlighet med det antal patienter från landstingsområdet som behandlats vid resp. kliniker.

Tabell 5.

Förteckning över antalet inskrivningar av patienter från olika landstingsområden under år 1945 och första halvåret 1946 för vård vid radiumklinikerna i Stockholm, Göteborg och Lund. (Då samma patient inskrivits för vård flera gånger under året har varje inskrivning medräknats.)

Landsting	Klinik	Antal inskrivningar 1945	Antal inskrivningar 1945 per 10 000 inv.	Antal inskrivningar första halvåret 1946
Norrbottnens	Stockholm	151	0,66	107
Västerbottnens	»	105	0,46	70
Jämtlands	»	158	1,10	92
Västernorrlands	»	362	1,32	172
Gävleborgs ¹	»	390	1,42	203
Kopparbergs	»	310	1,23	155
Västmanlands	»	151	0,84	60
Uppsala	»	113	0,79	63
Stockholms stad	»	948	1,45	
Stockholms läns	»	402	1,30	
Örebro	»	218	0,93	107
Södermanlands	»	250	1,26	120
Östergötlands ²	»	337	1,02	169
Jönköpings	»	296	1,19	152
Gotlands	»	78	1,31	41
Göteborgs stad	Göteborg	593	1,88	323
Gbgs o. Bohus ³	»	248	1,27	159
Hallands	»	101	1,02	68
	Lund	58		26
Älvsborgs	Göteborg	300	0,97	173
	Stockholm	23		
Skaraborgs	Göteborg	324	1,43	7
	Stockholm	26		
Värmlands	Göteborg	328	1,38	152
	Stockholm	47		
Malmöhus ⁴	Lund	492	1,57	
Malmö stad	»	43	0,25	
Hälsingborgs stad	»	66	1,00	
Kristianstads	»	330	1,31	
Kronobergs	»	118	0,77	
Kalmar	»	202	1,11	
»	Stockholm	54		
Blekinge	Lund	110	0,75	

skulle antalet inskrivningar ha uppgått till 1 193 i stället för det nuvarande antalet 776. Skillnaden i relativ besöksfrekvens är alltså avsevärd.

I detta sammanhang må slutligen påpekas att antalet inskrivningar vid jubileumsklinikerna fortgående ökat. För de 4 nordligaste länen var så-

¹och Gävle stad; ²och Norrköping; ³utom Göteborgs stad; ⁴utom Malmö och Hälsingborg.

lunda sammanlagda antalet inskrivningar år 1943 636, 1944 678, 1945 776 och första halvåret 1946 441. Beträffande sistnämnda siffra må emellertid framhållas att antalet inskrivningar i allmänhet är störst under första hälften av kalenderåret. Ökningen av inskrivningarna från de 4 nordligaste länen torde ha blivit större om icke enligt vad som upplysts en stramare in-tagningsprövning under senare tid börjat tillämpas vid Radiumhemmet så att en del fall som tidigare mottagits för radiologisk behandling (t. ex. vissa hämangiom) numera avvisas och tillrådas operation. Väntelistor torde dock icke förekomma vid Stockholms-anstalten.

Tabell 4 ger icke någon fullständig bild av de tillfällen till strålbehandling som stå invånarna inom de olika landstingsområdena till buds. Här-för erfordras, som av det inledningsvis anförda framgår, jämväl en redo-görelse för omfattningen av de resurser för strålbehandling med röntgen som finnas vid andra anstalter än jubileumsklinikerna. Kommittén har därför i tabell 6 nedan gjort en sammanställning över samtliga röntgen-behandlingsanläggningar i landet fördelade efter de 3 jubileumsklinikernas upptagningsområden.

Sammanställningen (som jämväl medtager röntgenbehandlingsplatser vid jubileumsklinikerna) ger vid handen att Stockholmsområdet disponerar tillhopa 80 röntgenbehandlingsplatser varav 10 för närbestrålning, Göte-borgsområdet 17 platser varav 1 för närbestrålning och Lundområdet 22 platser varav 4 för närbestrålning. På de 4 nordligaste länen komma endast 8 behandlingsplatser varav 1 (i Umeå) för närbestrålning. Enbart Stockholm har 37 sådana platser varav 3 för närbestrålning. Röntgentera-putisk behandling meddelas sålunda i avsevärd utsträckning även annor-städes än vid jubileumsklinikerna. De olika lokala resurserna härvidlag liksom respektive överläkares kunskaper i och intresse för röntgenbehandling påverkar givetvis besöksfrekvensen vid jubileumsklinikerna. De i tab. 4 och 5 lämnade uppgifterna rörande vårdplatser och patienter vid nämnda kliniker höra ses mot bakgrunden härav. Sålunda torde exempelvis den omständigheten att Västerbotten har lägre besöksfrekvens vid jubileums-kliniken än Norrbotten (0,46 resp. 0,66 inskrivna per 10 000 invånare) för-klarar av att Västerbotten i Umeå disponerar 3 platser för strålbehandling varav en för närbestrålning under det att Norrbotten endast dispone-rar 1 behandlingsplats (i Boden).

Uppgifterna i tabell 6 utvisa, att de 4 nordligaste länen med undantag för Västerbotten ha ett, jämfört med övriga delar av landet, anmärknings-värt lågt antal behandlingsplatser för röntgenterapi. Befolkningen i dessa län blir därför i ännu högre grad än i andra landsdelar beroende av den för dem mycket avlägset belägna Stockholmsklinik. Trots detta är be-söksfrekvensen vid nämnda klinik väsentligt lägre från de nordligaste lä-nen än från andra delar av landet. Det synes berättigat att härav draga den

Tabell 6. Antal röntgenbehandlingsplatser fördelade efter jubileumsklinikernas upptagningsområden.¹

A n s t a l t		O r t	Antal behandlingspl.	
De 4 nord- ligaste länen	{	Garnisonssjukhuset	Boden	1
		Lasarettet	Hudiksvall	1
		»	Skellefteå	1
		»	Sundsvall	1
		»	Umeå	3 därav 1 närbestr.
		»	Östersund	1
		Summa ²	8 därav 1 närbestr.	
Stockholms- klinikens upptag- ningsom- råde i övrigt	{	Garnisonssjukhuset	Eksjö	1
		Lasarettet	Eskilstuna	3 därav 1 närbestr.
		»	Falun	1
		»	Gävle	3 därav 1 närbestr.
		»	Jönköping	3 därav 1 närbestr.
		»	Kalmar	2
		»	Karlskoga	1
		»	Linköping	1
		»	Ljungby	1
		»	Norrköping	3 därav 1 närbestr.
		»	Norrälje	1
		Nynäs kuranstalt	Nynäshamn	1
		Betaniasystr. sjukhem	Stockholm	1
		Ersta sjukhus	Stockholm	1
		Garnisonssjukhuset	Stockholm	1
		Radiumhemmet	Stockholm	14 därav 2 närbestr.
		Rosenlunds vård- och ålderdomshem	Stockholm	1
		Röda Korsets sjukhem	Stockholm	1
		Sabbatsbergs sjukhus	Stockholm	2
		S:t Eriks sjukhus	Stockholm	2
		S:t Görans sjukhus	Stockholm	2
		Finseninstitutet	Stockholm	1 endast för ytterapi
		Serafimerlasarettet	Stockholm	1
		Sophiahemmet	Stockholm	2
		Södersjukhuset	Stockholm	7 därav 1 närbestr.
		Åsö sjukhus	Stockholm	1
		Lasarettet	Stocksund	1
		Vårdhemmet	Stureby	1
		Lasarettet	Södertälje	1
		Löwenströmska lasar.	Upplands Väsby	1
Akademiska sjukhuset	Uppsala	2		
Samariterhemmet	Uppsala	1		
Lasarettet	Visby	1		
»	Västerås	3 därav 1 närbestr.		
»	Örebro	3 därav 1 närbestr.		
	Summa för Stockholms-kliniken	80 därav 10 närbestr.		

¹ Enl. i oktober 1947 från Radiofysiska institutionen vid Karolinska sjukhuset inhämtade uppgifter.

² Nya platser väntas även komma att anordnas i Gällivare och Örnsköldsvik.

A n s t a l t	O r t	Antal behandlingspl.		
Göteborgs- klinikens upptag- nings- område	Lasarettet	Borås	1	
	Carlanderska sjukhem.	Göteborg	1	
	Jubileumsklin. Sahl- grenska sjukhuset	Göteborg	8	därav 1 närbestr.
	Lasarettet	Halmstad	1	
	»	Karlstad	1	
	»	Lidköping	1	
	Garnisonssjukhuset	Skövde	1	
	Pensionsstyrelsens kuranstalt	Tranås	1	
	Lasarettet	Uddevalla	1	
	»	Vänernsberg	1	
	Summa	17	därav 1 närbestr.	
Lund-klini- kens upp- tagnings- område	Lasarettet	Hälsingborg	1	
	»	Karlshamn	1	
	»	Karlskrona	2	därav 1 närbestr.
	»	Kristianstad	1	
	»	Ljungby	1	
	Jubileumsklin., Lasa- rettet	Lund	7	därav 1 närbestr.
	Allmänna sjukhuset	Malmö	4	därav 1 närbestr.
	Dr A. Sonesson, Södra Förstadsg. 2	Malmö	1	
	Lasarettet	Västervik	1	
	»	Växjö	3	därav 1 närbestr.
	Summa	22	därav 4 närbestr.	

slutsatsen att åtskilliga människor i dessa områden ej få den vård de borde komma i åtnjutande av och som de skulle få om de vore bosatta i andra landsändar.

En förbättring av möjligheterna för invånare i de 4 nordligaste länen att erhålla strålbehandling kan skapas på olika vägar. I första hand kan man tänka sig en utbyggnad av Stockholmskliniken. Häremot talar framförallt de långa och för många patienter ofta upprepade resorna. Det kan även ifrågasättas om en ökning av platsantalet vid Stockholmskliniken skulle i nämnvärd grad öka besöksfrekvensen från ifrågavarande landsting. Kommittén erinrar i detta sammanhang om att några väntetider för patienter från dessa landsting knappast förekommer under nuvarande förhållanden. En annan utväg är att skapa fler röntgenbehandlingsplatser vid de olika norrlandslasarettens samtidigt som radiumbehandlingen även i fortsättningen skulle vara koncentrerad i Stockholm. Härigenom skulle otvivelaktigt en viss avlastning ske från Stockholmskliniken. Systemet innebär emellertid ett bibehållande av de långa resorna för många patienter.

Härtill kommer att föreståndarna för de lokala röntgenbehandlingsavdelningarna på grund av det relativt ringa antalet fall knappast kunna bibehålla den kapacitet som strålningsterapeuter som är möjligt vid en centralklinik med stort upptagningsområde.

Med hänsyn till det anförda synes det otvivelaktigt fördelaktigast för befolkningen i Norrland om man för dem kunde inrätta en egen anstalt av samma typ som jubileumsklinikerna.

I det inledningsvis berörda betänkandet rörande jubileumsfondens användning ha kommitterade uttalat att i övre Norrland för det dåvarande icke finnes något sjukhus som ägde förutsättningar för grundande och upprätthållande av en centralanstalt för radioterapi vid kræfta. Sedan dess ha emellertid centrallasaretten i Norrland genomgått en betydande utbyggnad. Åtminstone om kommitténs förevarande förslag om en stor central sjukvårdsanstalt anknuten till ett av de största centrallasaretten i Norrland skulle genomföras synes det ställt utom tvivel att grunden för de kommitterades ovan berörda betänkligheter mot inrättandet av en centralanstalt för radioterapi i Norrland blivit undanröjd.

Att en dylik anstalt skulle vara av utomordentlig betydelse för det ifrågavarande sjukhusklientelet synes otvivelaktigt. Största delen av Västerbottens och Norrbottens län ligger mer än 1 000 km från Stockholm. En mycket stor del av detta klientel nödgas besöka Stockholmskliniken upprepade gånger årligen. Omfattningen av dessa upprepade besök framgår av att exempelvis Göteborgsanstalten år 1945 hade 1 057 patienter men 1 894 inskrivningar av samma patienter. Härvid har återbesök för kontroll i öppen vård icke medräknats. Det säger sig självt att de svårigheter som äro förknippade med dylika resor inverka i avsevärd grad hämmande såväl på patienterna som på de läkare som skola utfärda remiss för behandlingen.

Av det anförda följer att man vid beräkning av behovet av en radiologisk anstalt i Norrland icke kan utgå från det klientel som nu vårdas å Stockholmsanstalten. Det riktigaste torde vara att utgå från det befolkningsunderlag som anstalten kommer att betjäna, eftersom det knappast torde finnas särskild anledning antaga att de sjukdomar om vilkas vård här är fråga förekomma i mindre utsträckning i Norrland än i andra delar av landet. Frågan synes därför närmast vara om invånarna i de 4 nordligaste länen utgöra ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för en dylik anstalt. Kommittén får då först erinra om att antalet vid Radiumhemmet från de 4 nordligaste länen inskrivna patienter åren 1943, 1944, 1945 och första halvåret 1946 utgjorde respektive 636, 678, 776 och 441. Då medelvårdtiden beräknas utgöra omkring 13 dagar motsvarar 1945 års siffra (776 inskrivna) 30 vårdplatser. Klientelet i öppen vård — som om man får döma av siffrorna för de statliga resebidrag som utgått, varit av ungefärligen samma storleksordning som de intagna — har här givetvis ej medräknats (utbetalda resebidrag uppgick år 1943 för intagna patienter till

39 458 kronor och för polikliniskt vårdade patienter till 39 621 kronor, 1944 till respektive 32 965 kronor och 34 926 kronor samt 1945 till respektive 38 407 kronor och 35 855 kronor). Som i det föregående framhållits måste man utgå från att vårdplatsbehovet vid en klinik i Norrland avsevärt kommer att överstiga antalet inskrivna norrlandspatienter vid Stockholmskliniken. Kommittén vill även peka på att Göteborgs-anstalten med ett upptagningsområde på 1 384 000 invånare år 1945 hade i genomsnitt 75 platser belagda. Jämfört härmed borde ett befolkningsunderlag som de 4 nordligaste länens på 872 000 invånare kräva 47 platser. De i tabell 6 lämnade uppgifterna rörande röntgenbehandlingsplatser synas icke motivera någon justering nedåt av denna siffra. Kommittén anser sig med hänsyn till det anförda och med beaktande även av sannolikheten för att en del av klientelet inom upptagningsområdets sydligare delar alltjämt kommer att söka sig till Stockholmskliniken, kunna räkna med ett behov av *omkring 40 platser* vid en norrländsk radioterapeutisk klinik.

För ett kontinuerligt utnyttjande av den kvantitet radium som erfordras för att i det enskilda fallet genomföra en tillräckligt kraftig behandling erfordras ett visst minimiantal patienter. En klinik med 40 vårdplatser och med ett — i enlighet med det ovan anförda — tämligen avsevärt antal patienter i öppen vård synes vara tillräcklig härför. Man synes med nämnda antal patienter och vårdplatser även kunna räkna med att antalet sjukdomsfall inom olika sjukdomsgrupper kommer att bli tillräckligt stort för att överläkaren skall kunna bibehålla och förkovra sina kunskaper om de olika sjukdomarnas diagnostik och behandling.

För ett framgångsrikt radioterapeutiskt arbete erfordras intimt samarbete med andra kliniker framför allt kanske med patologisk-anatomisk institution och med plastik-kirurgisk klinik. Kommittén erinrar om att förslag om inrättande av dylika avdelningar vid Norrlandssjukhuset framlägges i det följande (kap. 9 och kap. 5).

Behovet av efterkontroll är, när det gäller detta klientel, av större vikt än kanske inom något annat område av medicinen. Denna detalj behandlas i det följande gemensamt för samtliga kliniker (kap. 10).

Kap. 4. Neurokirurgisk klinik och neurologisk klinik.

A. Neurokirurgisk klinik.

Neurokirurgiska kliniker finnas för närvarande inom landet endast å Serafimerlasarettet och å Södersjukhuset i Stockholm, samt i Lund (nyöppnad). Vid årsskiftet 1946—47 torde sammanlagda antalet vårdplatser vid dessa avdelningar ha uppgått till 128. Göteborg, Uppsala, Örebro och någon stad i Norrland ha nämnts som placeringsorter för ytterligare kliniker.

I Svenska läkartidningen (nr 14, 1946) har dr Ragnar Frykholm (underläkare vid Serafimerlasarettets neurokirurgiska klinik) publicerat en av honom verkställd utredning rörande det neurokirurgiska vårdbehovet i Sverige. De i samband därmed framlagda synpunkterna föranledde vissa erinringar av professor Erik Ask-Upmark (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg) varefter diskussionen fullföljdes i artiklar av professor Nils Antoni (neurologiska kliniken vid Serafimerlasarettet) och professor Herbert Olivecrona (neurokirurgiska kliniken vid samma sjukhus) samt i ett meddelande från medicinalstyrelsens pressombudsman, allt publicerat i senare nummer av samma tidskrift (nr 16, 17 och 19 år 1946). Denna diskussion i vilken några av landets förnämsta specialister på ifrågavarande områden deltagit ger ett tämligen gott grepp om det aktuella behovet av neurokirurgiska och neurologiska vårdplatser i landet.

Frykholm har i en tabell, som återgives nedan, angivit det antal patienter, uttryckt i ‰ av befolkningen, som under två år (1944 och 1945) vårdats å Serafimerlasarettets och Södersjukhusets neurokirurgiska kliniker.

Stockholms stad	1,63	Västerbottens län	0,27
Stockholms län	0,72	Skaraborgs län	0,26
Södermanlands län	0,44	Värmlands län	0,25
Västmanlands län	0,44	Jämtlands län	0,24
Gotlands län	0,42	Älvsborgs län	0,24
Gävleborgs län	0,38	Kronobergs län	0,22
Jönköpings län	0,37	Norrbottnens län	0,22
Kopparbergs län	0,37	Blekinge län	0,21
Uppsala län	0,31	Göteborgs och Bohus län	0,20
Örebro län	0,30	Hallands län	0,18
Östergötlands län	0,30	Kristianstads län	0,17
Kalmar län	0,28	Malmöhus län	0,17
Västernorrlands län	0,27		

Av denna tabell framgår att ungefär samma andel av befolkningen i vart och ett av de 4 nordligaste länen vårdats å klinikerna i Stockholm (0,22—0,27 ‰) under det att 1,63 ‰ eller omkring 7 gånger så stor del av Stockholms stads invånare anlitat kliniken.

Frykholm utgår från att behovet av behandling vid neurokirurgisk klinik är i stort sett lika för befolkningen i alla delar av landet. Med utgångspunkt från att detta behov bör tillgodoses i samma utsträckning som för närvarande sker i fråga om Stockholms invånare kommer han fram till ett behov för hela landet av minst 275 vårdplatser. Dessa anser han böra fördelas på 7 centralkliniker av vilka en i Umeå eller Sundsvall med de fyra nordligaste länen som upptagningsområde. Vårdplatsantalet skulle vara 37. Häri ha dock icke medräknats vårdplatser för skallskador, en kategori olycksfall, som torde komma att öka väsentligt med den tilltagande motortrafiken.

Ask-Upmark framför i sin artikel den åsikten att Frykholm beräknat vårdplatsbehovet alltför högt bl. a. emedan en del av de hittills vid klinikerna i Stockholm behandlade patienterna lika väl kunnat omhändertas å allmänna kirurgiska avdelningar eller i varje fall av kirurg med annan specialutbildning än neurokirurgi. Ask-Upmarks invändningar ha kategoriskt bemötts av Antoni och Olivecrona.

Väntetiden å neurokirurgiska kliniken vid Serafimerlasarettet uppgår enligt uppgift från Olivecrona i maj 1946 till 20 månader för manliga patienter och till 4 månader för kvinnliga patienter, vilket i realiteten innebär att endast fall med s. k. förtur kunnat intagas. I fråga om innebörden härav må här återgivas ett uttalande av Frykholm i ovan berörda artikel i Läkartidningen:

»Vad detta innebär för patienternas del inses lätt. Det rör sig ju i regel om svåra, invalidiserande, ofta mycket smärtsamma sjukdomar, vid vilka faran av dröjsmål med behandlingen är uppenbar, eftersom dylika ofta leder till uppkomsten av irreparabla skador i form av blindhet, bestående förlamningar o. s. v. Ett flertal till neurokirurgiska kliniken inremitterade patienter komma över huvud taget aldrig under behandling. Enligt ingångna rapporter avledo under väntetiden 1944 31 patienter och 1945 24 patienter. Det senaste årets siffror kommer säkerligen att stiga avsevärt, när så småningom samtliga fall hunnit efterskrivas.»

Här må anmärkas att tillkomsten av den nya kliniken i Lund och utbyggnaden av kliniken vid Södersjukhuset givetvis komma att medföra en avsevärd förbättring i angivna förhållanden.

Från professor Olivecrona har kommittén erhållit uppgift å antalet patienter från de fyra nordligaste länen i Norrland, vilka under åren 1943—1945 vårdats å neurokirurgiska kliniken vid Serafimerlasarettet.

	1943	1944	1945
Norrbottnens län	30	24	25
Västerbottnens län	69	35	23
Västernorrlands län	45	42	32
Jämtlands län	30	21	13
Summa	174	122	93

Medelvårdtiderna för samtliga patienter ha på ifrågavarande klinik hållit sig mellan 18 och 19 dagar. Då man har anledning anta, att norrlands-klientelet på grund av den ansträngning som den långa hemresan innebär, ofta är i behov av någon dags extra sjukhusvistelse är detta att betrakta som minimisiffror. 174 patienter (1943 års siffror) med 19 dagars medelvårdtid motsvarar 10 vårdplatser (beräknat efter 330 vård dagar per plats och per år).

Att patientantalet under åren efter 1943 minskat torde icke bero på minskat vårdplatsbehov för Norrlands del utan snarare på ökat behov för mera centralt belägna delar av landet. Det är givet att de senast nämnda siffrorna icke i någon mån motsvarar vårdbehovet för Norrlands del. Ju större avståndet till en sjukvårdsanstalt är och ju längre väntetiderna, desto större kan givetvis den procent vårdbehövande antagas vara som aldrig anmälas för behandling.

Norrlandskommittén har från svensk neurokirurgisk förening mottagit ett på föreningens uppdrag av Frykholm utarbetat förslag beträffande storlek och organisation av en neurokirurgisk avdelning i Norrland.

Föreningen uttalar att en neurokirurgisk avdelning i övre Norrland skulle fylla ett stort och väl dokumenterat vårdbehov. Ett antal av 45 vårdplatser vid en dylik avdelning synes föreningen väl motiverat med hänsyn till den beräknade sjukdomsfrekvensen. I varje fall anser föreningen att siffran ej är för högt tilltagen. Det framhålles emellertid att inom de närmaste åren nya avdelningar kunna tänkas uppstå förutom i Lund och i Norrland även i Uppsala och Göteborg och att därför brist kan komma att föreligga på utbildade neurologer. Härom anföres ytterligare.

»Föreningen har därför beslutat föreslå, att norrlandsavdelningen tills vidare ej beräknas för mer än c:a 30 vårdplatser med en överläkare och 2 underläkare, men att den från början planeras så, att den vid ett senare skede skall utan större kostnader kunna utökas till omkring 50 vårdplatser, varvid en biträdande överläkare och ytterligare en underläkare torde behöva anställas. Den möjligheten skulle då även stå öppen, att i stället för utökning av den redan befintliga avdelningen, inrätta en helt ny sådan i ytterligare en norrlandsstad, en lösning, som med hänsyn till de stora avstånden och de akuta traumatologiska fallen allt mer ökade betydelse, kanske vore att föredraga. Det kan även nämnas, att erfarenheterna från utlandet peka i den riktningen, att en *beläggningssiffra på omkring 30* skulle vara den för en neurokirurgisk avdelning ändamålsenligaste. En avdelning av denna storleksordning bör helst uppdelas på 2 skilda vårdavdelningar enär den eljest, på grund av arbetets speciella karaktär, skulle bli för tungarbetad.»

Norrlandskommittén anser sig icke behöva räkna med de personalsvårigheter som skulle kunna uppstå därest nya kliniker i neurokirurgi skulle tillkomma i Uppsala och Göteborg innan Norrland erhåller en dylik klinik. Med hänsyn till vad som i det föregående anförts finner norrlandskommittén att en neurokirurgisk klinik i Norrland lämpligen bör ha en storleksordning på sammanlagt omkring 35 vårdplatser, fördelade med omkring 15 på kvinnlig och (då statistiken utvisar någon övervikt av neurokirurgiska sjukdomar bland män) 20 på manlig avdelning.

B. Neurologisk klinik.

Neurologisk klinik (= klinik för organiska nervsjukdomar) finnes för närvarande endast en i landet, nämligen vid Serafimerlasarettet. Från sakkunnigt håll torde man emellertid räkna med att en sådan klinik gärna bör finnas på samma plats som neurokirurgisk klinik samt att den bör innefatta något fler platser än den neurokirurgiska kliniken. Antalet patienter från de fyra nordligaste länen som vårdats å Serafimerlasarettets klinik utgjorde enligt från kliniken lämnade uppgifter 1943 189, 1944 183 och 1945 179. Medelvårdtiden, som av överläkaren ansetts abnormt låg, var på denna avdelning år 1945 22 dagar. Mot 189 patienter (1943 års siffra) med en medelvårdtid av 22 dagar svarar ett behov av 12—13 vårdplatser. Väntetiden överskrider ofta ett år. I november 1946 väntade omkring 500 patienter på intagning. I fråga om antalet vårdplatser vid en norrlandsklinik har kommittén inhämtat yttranden av docenten Wohlfart vid Serafimerlasarettets neurologiska klinik samt av professor Olivecrona. Båda förorda en storleksordning på 40—50 platser. Enligt Wohlfart böra platserna av samma skäl som angivits beträffande den neurokirurgiska kliniken fördelas så att den manliga avdelningen erhåller fler platser än den kvinnliga. Norrlandskommittén har ansett sig böra räkna med att en neurologisk klinik i Norrland bör innefatta omkring 50 vårdplatser.

Neurologin och neurokirurgin ha stort behov av röntgenkonsultation, varvid röntgenologen bör vara speciellt inriktad på och utbildad för neuro-röntgen. Detta behov synes lämpligen böra tillgodoses genom att till modersjukhusets röntgenavdelning i egenskap av biträdande överläkare knytes en för nämnda specialitet särskilt utbildad röntgenolog. Möjlighet bör även skapas att få vissa speciella laboratorieprov och undersökningar utförda vid modersjukhuset. Det senare gäller framför allt vissa moderna elektriska undersökningsmetoder, elektroencefalografi och elektromyografi. Även frågan om bedövningsmedlens handhavande är för neurokirurgien av stor betydelse. Kommittén hänvisar i anförda avseenden till framställningen i kap. 9 och 10.

Kap. 5. Plastikkirurgisk klinik och foniatrisk poliklinik.

A. Plastikkirurgisk klinik.

Plastikkirurgin kan sägas omfatta rekonstruktion av medfödda eller förvärvade missbildningar på kroppens yta eller i hålorganens mynningar. Hit torde böra räknas dels medfödda missbildningar, såsom kluven läpp och gom, missbildningar av könsorganen etc. dels följdtilstånd efter vissa brännskador eller andra olycksfall samt efter vissa stympande operationer, dels defekter efter utläkt kräfta eller andra sjukdomar och dels slutligen en del av behandlingen vid käkskador eller käksjukdomar.

Plastikkirurgin är så ny i vårt land att den icke ens omnämndes i sjukvårdskommitténs betänkande 1934. I de länder, som deltagit i de stora världskrigen, har emellertid denna specialitet länge haft en betydande omfattning. Den första och hittills enda plastikkirurgiska avdelningen i landet finnes vid Serafimerlasarettet. Den 1 juli 1944 fick denna avdelning egen överläkare (med. dr A. Ragnell). Den omfattade då 20 sängar. Ytterligare en klinik är planerad i Stockholm nämligen vid S:t Görans sjukhus, men denna torde endast komma att betjäna stockholmsklientelet. Operationer av ifrågavarande slag utföras emellertid även på annat håll exempelvis på Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus i Stockholm och vid vissa landsortslasarett av allmänkirurger som särskilt intresserat sig för denna verksamhet.

Den plastikkirurgiska avdelningen vid Serafimerlasarettet tillgodoser endast en ytterst ringa del av landets behov. Väntetiden är för kvinnliga patienter 4—5 år, för manliga patienter 3—4 år och för barn 2—3 år, alltefter fallens natur. Antalet expektanter närmar sig 800, trots att s. k. kosmetiska fall icke mottagas för behandling. Flertalet av expektanterna ha så svåra deformiteter eller skador, att dessa utesluta eller i avsevärd grad minska patienternas möjligheter till självförsörjning.

Plastikkirurgien är av synnerlig betydelse såväl ur medicinsk och social som även ur krigsberedskapssynpunkt, något som erfarenheterna inom de krigförande länderna tydligt utvisat.

Därest norrlandskommitténs förslag om inrättande av en särskild protes-klinik vid norrlandssjukhuset skulle vinna bifall (se Del II kap. 20 och 22) understryker detta ytterligare behovet av plastikkirurgisk klinik. Ett frukt-

bärande samarbete bör nämligen vid käkskador etableras mellan tandläkare, allmänkirurg och plastikkirurg.

Kommittén får i detta sammanhang erinra om att medicinalstyrelsen i juni 1946 avgivit förslag till organisation av vården och behandlingen av patienter med medfödda läpp- och gom-missbildningar. Där föreslås skyldighet för läkare och barnmorskor att anmäla om de vid förlossning finna att barnet är behäftat med missbildning av något slag. Vidare föreslås skyldighet för barnets föräldrar eller vårdare att låta barnet undergå erforderlig behandling för att häva eller i möjligaste mån minska lytet. För detta ändamål skall barnet, i den mån läkare resp. tandläkare så finner erforderligt, underkastas kirurgisk behandling och tandreglering, förhjälpas till erhållande av protes samt meddelas talundervisning. Medicinalstyrelsen finner erforderligt att behandlingen koncentreras till ett fåtal anstalter som även böra äga tillgång till tandläkare med dentalortopedisk specialistutbildning. Den kirurgiska behandlingen skulle meddelas vid 3 sjukhus i Stockholm och ett i Göteborg. Den foniatriska behandlingen (talövningar etc.) och protesbehandlingen skulle enligt styrelsen koncentreras till två anstalter å tillsammans 60 vårdplatser, en i Stockholm och en i Göteborg.

Norrlandskommittén har räknat med att ifrågavarande missbildningar skola behandlas även vid den plastikkirurgiska kliniken i Norrland (lik-som fallet är vid Serafimerlasarettets plastikkirurgiska klinik). Dylika fall erfordra icke sällan upprepade ingrepp, efterkontroller och talövningar under olika åldersperioder, varför man för Norrlands del har särskild anledning att i förevarande fall skapa vårdmöjligheter på närmare håll än i Stockholm.

Med den radiologiska klinik, som föreslagits skola inrättas i Norrland, bör ett intimt samarbete komma till stånd. Plastikkirurgisk klinik utgör nämligen ett komplement av stort värde till en radiologisk klinik (jfr kap. 3).

För plastikkirurgin äro specialnarkoser ofta av stor betydelse. I detta sammanhang erinras om att kommittén i det följande framlägger förslag om en särskild anestesioorganisation (kap. 10).

Beräkningen av vårdbehovet för en så ny specialgren som denna kan givetvis endast ske uppskattningsvis. Man är härvidlag huvudsakligen hänvisad till erfarenheterna från Stockholmskliniken samt från dr Ragnells praktik. Någon statistik rörande antalet operativa ingrepp av ifrågavarande slag vid landsortslasarettens har nämligen icke kunnat erhållas. Hittills har utvecklingen kännetecknats av en ständigt stegrad efterfrågan, under åren 1936—38 opererade sålunda dr Ragnell 601 fall, 1939—41 1 589 fall och 1942—44 2 069 fall. Antalet patienter vid Serafimerlasarettets klinik var andra halvåret 1944 172, år 1945 434 och år 1946 477. Vid kliniken har endast behandlats ett fåtal fall från de 4 nordligaste länen. Under

sista halvåret 1944 opererades där sålunda 3 dylika fall och år 1945 16 fall. I juni 1946 upptog väntelistan från nämnda län 70 fall. Väntetiden var 2—5 år. Dr Ragnell har uppskattat vårdbehovet i hela landet till omkring 250 platser. Han har då endast räknat med de s. k. rekonstruktionsfallen medan de kosmetiska fallen förutsatts bli hänvisade till privat vård. De 250 platserna böra enligt Ragnell fördelas på kliniker i Stockholm, Göteborg, Malmö och en norrlandsstad.

Med utgångspunkt från att hela landet har ett behov av 250 platser skulle, räknat efter folkmängden, 33 av dessa platser falla på de fyra nordligaste länen. Ragnell har på förfrågan av kommittén uttalat att en avdelning på ungefär 25 sängar torde motsvara behovet i de ifrågavarande länen under den närmaste 3-års-perioden men att möjlighet bör skapas för expansion till 50 sängar under de närmaste 10 åren. Norrlandskommittén anser sig kunna räkna med att en avdelning på 30 platser för Norrlands del i varje fall icke kommer att visa sig överdimensionerad. Skulle så småningom detta platsantal visa sig vara otillräckligt — något som förefaller sannolikt — bör det ökade vårdbehovet knappast tillgodoses genom utbyggnad av ifrågavarande klinik utan hellre en ny klinik inrättas vid annat lasarett i Norrland.

B. Foniatrisk poliklinik.

Av flera skäl synes det lämpligt att i anslutning till den plastikkirurgiska kliniken inrätta en *foniatrisk poliklinik* (d. v. s. poliklinik för röst- och talrubbingar) vid norrlandssjukhuset. Behandlingen vid en sådan poliklinik spelar stor roll i efterbehandlingen av opererade gom-, läppdefekter och givetvis även av elakartade tumörer inom svalg och struphuvud. Även för personer med talfel såsom läspning eller stamning samt sådana, som för sitt yrke äro beroende av rösten (lärare, präster etc.), är ifrågavarande behandling av stor vikt och kan när den anlitas i tid, förekomma rubbingar av den art, att arbetsförmåga eljest skulle uppstå. En sådan poliklinik är icke i behov av vårdplatser å sjukhus. Klientelet kan för så vitt icke grundsjukdomen fordrar behandling — vilken i så fall bör ske på den klinik dit patienten på grund av sin sjukdom hör — helt tillhöra den öppna vården. Någon kalkyl över klienteletets storlek kan svårigen göras och är, då slutna vård ej förutsättes, också av föga betydelse. Utgången av behandlingen är i mycket avhängig av den biträdande personalens kompetens, då denna har att till stor del genomföra den övningsbehandling, som måste komma till stånd. För närvarande finnas endast två sådana allmänna polikliniker i landet (i Stockholm och i Göteborg) samt en privatklinik i Stockholm. Överläkaren vid Göteborgskliniken har mottagningar på lasarettet i Lund omkring var 14:e dag. Stockholmspolikli-

niken är överbelastad med patienter och väntetiden uppgår ofta till ett år. En utbyggnad av verksamheten på detta område synes alltså väl motiverad. Av skäl som ovan flerfaldiga gånger berörts synes det därvid önskvärt att den nya verksamheten förlägges till det ifrågavarande sjukhuset i Norrland. Anknytning till plastikkirurgisk klinik är synnerligen önskvärd. Polikliniken bör förestås av en läkare, vilken bör tillerkännas överläkares ställning.

Kap. 6. Bröstkirurgisk klinik.

Bröstkirurgin eller thoraxkirurgin kan definieras såsom innefattande den kirurgiska behandlingen av sjukdomar i brösthålans organ. Ingreppen brukas klassifieras i två grupper nämligen ingrepp vid *lungtuberkulos* och vid *icke tuberkulösa* sjukdomar i bröstorganen.

Kirurgisk behandling av lungtuberkulos är som specialitet den äldsta av de två grupperna. Den vanligaste av de mera ingripande behandlingsmetoderna är här s. k. thoracoplastik (revbensoperation) som syftar till att på operativ väg åstadkomma lungans sammanfallande och därmed skapa gynnsammare förutsättningar för läkning i sådana fall då kvävgasbehandling ej ensam fört till målet. Den leder ofta till goda resultat. Den första operationen av detta slag utfördes här i landet år 1913. Först under det senaste decenniet har emellertid operativt ingripande vid lungtuberkulos blivit mera allmänt. Under åren 1938—40 utfördes i genomsnitt 550 dylika ingrepp årligen. År 1941 hade antalet stigit till 748. År 1945 utfördes summa 116 sådana ingrepp på patienter från tuberkulosanstalter i de fyra nordligaste länen (se nedan tabell 7). Ingreppen brukas utföras av någon kirurg från närbeläget lasarett, som särskilt intresserar sig för detta slags ingrepp, och äga rum antingen på lasarettet i fråga eller på tuberkulosanstalten. Exempelvis må nämnas att av de 41 operationer som år 1945 utförts på patienter från Sandträskes sanatorium i Norrbotten (se nedan tabell 7) 24 opererades vid Luleå lasarett, 7 vid Piteå lasarett, 1 vid Gällivare lasarett, 5 vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och 4 vid Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Någon specialavdelning enbart för lungkirurgiska fall finnes ännu icke i landet.

Det övervägande flertalet operationer i landet av icke tuberkulösa sjukdomar i bröstorganen utföras vid Sabbatsbergs sjukhus där överläkaren å sjukhusets ena kirurgiska avdelning, docenten Crafoord specialiserat sig på denna gren av kirurgin. Å en särskild vårdavdelning, omfattande 24 sängar, mottagas årligen omkring ett 100-tal patienter med svårskötta icke tuberkulösa sjukdomar i bröstorganen. Minst hälften av dessa platser beleggas med patienter från orter utom Stockholm. Antalet fall, som remitteras till Sabbatsbergs sjukhus för dylika kirurgiska ingrepp, har stigit

år från år. Tidvis belägga sådana sjuka ytterligare ända till 15 vårdplatser på den allmänkirurgiska avdelningen.

Den thoraxkirurgiska avdelningen vid Sabbatsberg kommer enligt beslut vid 1946 års riksdag att ersättas med en thoraxkirurgisk klinik på 100 sängar vid Karolinska sjukhuset. Denna klinik skall uppdelas i två avdelningar, den ena för tuberkulösa fall om 48 allmänna vårdplatser varav 36 riksplatser och den andra för icke tuberkulösa fall om 40 allmänna platser varav 32 riksplatser. Dessutom inrättas en enskild avdelning om 12 platser, som skall vara gemensam för båda avdelningarna.

Slutligen må nämnas att vid Akademiska sjukhuset i Lund sedan några år 12 platser reserverats för thoraxkirurgi varjämte ett 10-tal sängar på lungkliniken belagts med opererade t.b.c.-fall.

På uppdrag av Svenska nationalföreningen mot tuberkulos ha vissa sakkunniga — i det följande benämnda nationalföreningens kommitté — i en utredning som redovisats i föreningens kvartalsskrift (häfte 2, 1943) behandlat frågan om den lämpligaste organisationen av *den kirurgiska behandlingen av lungtuberkulos* ute i landet. Kommittén framhöll däri att det är av största vikt att operationerna för lungtuberkulos utföras av kompetent, på detta område väl utbildad kirurg liksom också att varje kirurg, som sysslar med dylika operationer, har ett tillräckligt stort material till sitt förfogande. Kommittén framhöll även som ett önskemål att tuberkulosläkare och kirurger borde ha möjligheter till nära samarbete. Vid längre avstånd mellan sanatoriet och den kirurgiska kliniken försvåras detta arbete. Hur stor vikt man än måste tillmäta den senare synpunkten ansåg kommittén dock det mest betydelsefulla vara att operationerna utfördes av erfarna, kompetenta kirurger. Med utgångspunkt härifrån föreslog kommittén att ifrågavarande behandling skulle koncentreras till vissa centralanstalter på samma sätt som skett i fråga om den radiologiska behandlingen. I första hand borde enligt kommittén dylika centralanstalter inrättas vid universitetsklinikerna i Stockholm, Uppsala och Lund men därefter även i Göteborg och på någon plats i övre Norrland, förslagsvis Boden. Dessa centralanstalter skulle emellertid icke ta hand om samtliga ifrågavarande fall. Lämpligen borde enligt kommittén liksom hittills en del lasarettläkare, som särskilt specialiserat sig på detta område, även i framtiden fortsätta med verksamheten. En förutsättning härför vore emellertid att operationer utfördes på minst 25 sjukdomsfall per år så att kirurgen ifråga kunde erhålla tillräcklig erfarenhet och bibehålla teknisk färdighet på området.

I det föregående (kap. 2) har framhållits att tuberkulosen alltjämt har sin största utbredning i Norrland. Med hänsyn härtill samt till thoraxkirurgins utveckling ävensom med hänsyn till vad nationalföreningens kommitté anfört i frågan finner norrlandskommittén uppenbart att behov föreligger av en specialklinik i Norrland för operationer av ifrågavarande slag.

Vid beräkning av vårdplatsbehovet måste man ta hänsyn till att antalet opererade i förhållande till antalet sängar varierat mycket på olika sanatorier. 1941 var sålunda det genomsnittliga antalet operationer på sanatoriernas klientel 11 % av antalet sängar medan den hälften av sanatorierna där den kirurgiska verksamheten varit livligast samma år hade operationer till ett antal som motsvarade 18 % av sängantalet. Antalet ingrepp på patienter vid de olika sanatorierna varierade nämnda år mellan 1 % och 24 % av antalet sängar. Dessa differenser torde ha föranletts av att tillfällena till samarbete med på området intresserade kirurger varit i hög grad växlande liksom även att olika indikationsställning tillämpats.

Norrlandskommittén har från tuberkulosanstalterna i de 4 nordligaste länen inhämtat nedan redovisade uppgifter rörande antalet operationer av ifrågavarande slag samt vårdtiden under åren 1943—1945. Uppgifter rörande den kirurgiska vårdtiden för patienterna på Sollidens sanatorium ha icke kunnat erhållas då dessa patienter opereras på sanatoriet och man där endast redovisar den sammanlagda medicinska och kirurgiska vårdtiden.

Tabell 7. Uppgifter rörande patienter från tuberkulosanstalter i de fyra nordligaste länen som under åren 1943, 1944 och 1945 underkastats större kirurgiskt ingrepp.

Patienter från	S:a opererade fall			Vårdtid (På kirurg. klinik)			Genomsn. vårdtid (På kirurg. klinik)		
	1943	1944	1945	1943	1944	1945	1943	1944	1945
Sandträskis sanatorium Norrbottn	32	31	41	1 494	1 897	2 683	47	61	65
Hällnäs sanatorium Västerbotten	16	19	21	550	684	543	34	36	26
Sollidens sanatorium Jämtland	26	33	20	—	—	—	—	—	—
Sundsvalls sanatorium Västernorrland	4	9	10	236	486	604	59	54	60
Österåsens sanatorium Västernorrland	11	21	17	747	1 604	999	68	76	59
Örnsköldsviks lasarett Västernorrland	4	2	7	272	100	201	68	50	29
S:a de 4 nordligaste länen	93	115	116	—	—	—	—	—	—
S:a de 4 nordligaste länen med undantag för Solliden	67	82	96	3 299	4 771	5 030	49	58	54

Av uppgifterna framgår, att summa 324 (93 + 115 + 116) operationer av ifrågavarande slag företagits på tuberkulospatienter från de 4 nordligaste länen under 3-årsperioden 1943—45 vilket i genomsnitt motsvarar 108 operationer per år. Tabellens uppgifter jämförda med antalet vårdplatser visar vidare bl. a. att operationsfrekvensen även i Norrland varierat mycket vid olika anstalter. Sålunda var antalet operationer år 1943 på patienter från Hällnäs sanatorium 16 på 322 sängar motsvarande omkring 5 operationer på 100 sängar medan Sollidens sanatorium — med 144 platser — samma år hade 26 operationer motsvarande omkring 18 operationer på 100 sängar.

I den mån operationsmöjligheterna ökas och en mera enhetlig indikationsställning kommer till stånd torde man kunna räkna med, att antalet opererade fall kommer att bli mera likformigt i förhållande till antalet sängplatser. Nationalföreningens kommitté har härvid räknat med 25 operationer årligen per 100 sängar för vuxna. Antalet medicinska A-platser för vuxna vid tuberkulosanstalter i de 4 nordligaste landstingen uppgick under år 1945 enligt nationalföreningens kvartalsskrift (häfte 2, 1946) till 1 213. Som tidigare framhållits finnes det måhända skäl — särskilt i Norrland — att räkna med att antalet platser vid sanatorierna under en tid framåt kommer att öka genom införlivande av de s. k. E-paviljongerna, i samband med den allt intensivare efterforskningen av tuberkulosfall genom skärmbildsundersökningar o. d. I varje fall skulle man emellertid enligt nationalföreningens beräkningsgrunder ha att räkna med minst 300 operationer per år från ifrågavarande område. För Norrbotten och Västerbotten som sammanlagt hade 748 sängar skulle antalet operativa fall uppgå till omkring 190. Hänsyn har då icke tagits till en eventuell ökning av antalet sängar.

Medelvårdtiden vid ifrågavarande operationer har av nationalföreningens kommitté beräknats till omkring 30 dagar. Norrlandskommittén har tillskrivit överläkarna vid lasaretten i Landskrona och Värnamo, där ifrågavarande operationer utföras i större omfattning, med förfrågan om vårdtiden vid angivna anstalter. Av svaren framgår att medelvårdtiden i Landskrona t. o. m. 1941 var 57 dagar men att vårdtiden numera sedan infektionsrisken minskat betydligt förkortats. Vid Värnamo lasarett har vårdtiden intill 1941 hållit sig vid omkring 30 dagar men torde sedermera ha ökat. Överläkaren där har ansett klokast att räkna med 30—40 dagar. För de 4 nordligaste länen framgår vårdtiden av uppgifterna i tab. 7 ovan. De variera högst avsevärt vid olika anstalter. Sandträskes sanatorium i Norrbotten och Hällnäs sanatorium i Västerbotten, vilka av nationalföreningens kommitté beräknas frekventera en lungkirurgisk klinik i övre Norrland, hade sålunda år 1945 65 respektive 26 dagars genomsnittlig vårdtid. Genomsnittliga vårdtiden för samtliga operationsfall av ifrågavarande slag i de 4 nordligaste länen var för 3-årsperioden 1943—45 54 dagar och för 1945

ävenledes 54 dagar. Med hänsyn till det anförda synes det kunna ifrågasättas, om icke den av nationalföreningen beräknade vårdtiden 30 dagar ligger något i underkant. Norrlandskommittén har emellertid i det följande räknat med angivna vårdtid.

Liksom nationalföreningens kommitté räknar norrlandskommittén med att en lungkirurgisk centralklinik i Norrland — åtminstone under de närmaste decennierna — icke kommer att taga hand om alla operativa ingrepp av ifrågavarande slag. Otvivelaktigt är det av stort värde att tuberkulos-sjukhuset och den kirurgiska kliniken äro belägna på samma plats så att ett intimt samråd mellan tuberkulosläkaren och kirurgen kan upprätthållas. I den mån exempelvis lasaretten i Sundsvall och Östersund — där jämväl länssanatorierna äro belägna — ha tillgång till en på detta område erfaren kirurg synes därför ifrågavarande operationer böra utföras där om centralanstalten är belägen på annan plats. På lång sikt synes man dock böra räkna med att förekomsten av en specialanstalt kommer att medföra att allmänskirurgerna alltmera sällan komma att befatta sig med ingrepp av ifrågavarande slag. Tillsvidare torde det emellertid vara lämpligast att vid beräkningen av antalet vårdplatser för lungkirurgiska fall i första hand utgå från vårdbehovet i två län, exempelvis i Norrbotten och Västerbotten.

Antalet vårdplatser för tuberkulösa i Norrbotten och Västerbotten är enligt ovan 748. Antalet operationer kunna beräknas uppgå till 25 om året per 100 sängplatser. Om vårdtiden antages utgöra 30 dagar — vilket enligt det föregående får anses lågt räknat — blir behovet av lungkirurgiska vårdplatser 17 för angivna län. Nationalföreningens kommitté har räknat med sammanlagt 20 vårdplatser för samma län. Med hänsyn till att anstalten i avsevärd utsträckning torde komma att frekventeras även från de två övriga länen torde vårdplatsbehovet för lungkirurgiska fall böra beräknas till minst 25 platser.

Som placeringsort för norrlandssjukhuset föreslås i det följande Umeå. Hällnäs sanatorium är beläget på omkring 7 mils avstånd från staden, vilket försvårar kontakten med tuberkulosjukhusläkarna. Med hjälp av landstingets bil upprätthålles emellertid redan nu en livlig kontakt mellan sanatoriet och staden varför i de flesta fall personliga överläggningar mellan sanatorieläkaren och kirurgen torde kunna ordnas. Dessutom finnes möjlighet till konsultation med specialutbildad läkare som är bosatt på platsen (föreståndaren för centralsdispensären i Umeå). Slutligen är att märka att personlig kontakt mellan sanatorieläkare och kirurg i varje fall icke kan ordnas för utomlänspatienter var än den kirurgiska avdelningen blir placerad. Med hänsyn till det anförda synes ifrågavarande svårigheter icke böra tillmätas avgörande betydelse.

I fråga om *kirurgisk behandling av icke tuberkulösa sjukdomar* i bröstorganen har den jämlikt Kungl. Maj:ts beslut den 26 maj 1939 tillsatta

kommissionen för förhandlingar rörande Karolinska sjukhusets utbyggnad m. m. anfört bl. a. följande:

»Kirurgien vid icke tuberkulösa sjukdomar i bröstorganen har under de senaste åren företett en synnerligen rask utveckling och fått en allt större betydelse, allteftersom den visat sig kunna giva värdefulla resultat även beträffande sjukdomar, som tidigare ansetts helt obotliga, såsom t. ex. lungtumörer och utvidgningar av luftrören, medfödd abnorm förbindelse mellan de stora blodkärlen vid hjärtat, sammanväxningar av hjärtsäcken m. m. Denna utveckling har fortgått jämsides med att nya undersökningsmetoder, särskilt röntgendiagnostiken, vidgat möjligheterna till en förfinad diagnos av bröstorganens sjukdomar.

Thoraxkirurgien vid icke tuberkulösa åkommor i bröstorganen kräver numera, i likhet med kirurgien vid lungtuberkulos, så ingående specialutbildning och så speciell utrustning för diagnos och terapi, att den icke kan behäskas av kirurger med vanlig utbildning till lasarettsläkartjänst.

Därtill kommer, att utövarna av denna kirurgiska specialitet måste ha en någorlunda regelbunden tillgång till ett tillräckligt operationsmaterial för att kunna upprätthålla sin färdighet. För närvarande är det i vårt land mera en tillfällighet, om sjuka, som behöva denna behandling, kunna erhålla vård vid lasarett, där vederbörande överläkare av någon anledning ägnat sig åt denna del av kirurgien.

Enda möjligheten att uppnå en fullgod kirurgisk vård synes vara att centralisera denna behandling till specialavdelningar för thoraxkirurgi vid vissa större sjukhus, i första hand undervisningssjukhusen, där tillräcklig erfarenhet och tillräckligt klientel kan samlas.

Vid flera utländska universitet äro specialavdelningar för thoraxkirurgi med stor framgång verksamma, och vid universiteten i Uppsala och Lund planläggas sådana avdelningar. — — —

För den kirurgiska behandlingen av lungtuberkulos är det uppenbarligen en värdefull tillgång att till sitt förfogande få erfarenheterna och de tekniska resurserna hos en allmän thoraxkirurgisk avdelning och vice versa. — — —

Ur ekonomisk och administrativ synpunkt skulle mycket vinnas genom en sådan sammanslagning, när en stor del av den kirurgiska utrustningen, liksom av personalen, skulle kunna vara gemensam.»

I enlighet med kommissionens tillstyrkan har som ovan angivits 1946 års riksdag beslutat att bl. a. en thoraxkirurgisk klinik om sammanlagt 100 vårdplatser skall inrättas vid Karolinska sjukhuset. Av dessa platser ha 32 beräknats som riksplatser för icke tuberkulösa fall.

Nationalföreningens kommitté har uttalat att de av kommittén föreslagna centralanstalterna för kirurgisk behandling av lungtuberkulos böra planläggas så, att de kunna ingå som led i en allmän centralisering av thoraxkirurgien överhuvudtaget. Enligt kommitténs mening äro skälen för en centralisering av de icke tuberkulösa bröstkirurgiska fallen ändå starkare än vid de tuberkulösa fallen.

Det är förenat med stora vanskligheter att i nuvarande läge verkställa en beräkning av vårdplatsbehovet vid en norrlandsklinik för de bröstkirurgiska icke tuberkulösa fallen. Man har emellertid all anledning att räkna med en successiv ökning av vårdplatsbehovet. Man har även anledning för-

moda att på lång sikt lungtuberkulosen och därmed även de operativa ingreppen vid sjukdomen kommer att minska och att sålunda en viss jämvikt i platsbehovet för de båda specialiteterna kommer att inträda. I det föregående har norrlandskommittén räknat med att tills vidare ett vårdplatsbehov av minst 25 platser föreligger för de tuberkulösa fallen. Med hänsyn till det anförda finner kommittén lämpligt räkna med ett sammanlagt vårdplatsbehov av 30 platser för en thoraxkirurgisk klinik i Norrland.

Kap. 7. Klinik för hud- och könssjukdomar.

Klinik för hud- och könssjukdomar (dermato-venereologisk klinik) finnes på 4 platser i landet, nämligen i Stockholm (S:t Görans sjukhus, sjukhuset Eira, Garnisonssjukhuset), Göteborg (Holtermanska sjukhuset), Malmö (Malmö allmänna sjukhus) och Lund (Lunds lasarett). Vid karolinska sjukhuset skall inrättas en klinik som från S:t Görans sjukhus övertager utomlänspatienterna. Inom en nära framtid torde en klinik öppnas i Örebro. Även i Linköping skall en klinik inrättas. Vid Uppsala akademiska sjukhus utövas konsultativ verksamhet av en från Stockholm med jämna mellanrum upprest specialist. Det ojämförligt största antalet vårdplatser (232) finns å S:t Görans sjukhus. Norr om Stockholm finnes ingen klinik av ifrågavarande slag. Landstingen i Gävleborgs och Väster-norrlands län ha emellertid haft frågan om inrättande av dylika kliniker under överbäggande. Där specialklinik ej finnes behandlas hud- och könssjukdomar vid de delade lasarettens allmänna medicinska avdelningar, vid vissa odelade lasarett samt vid flertalet av truppförbandens sjukhus. Från Norrland ha en del av de svårare fallen remitterats till Stockholm. Beläggningen å S:t Görans sjukhus av patienter av sistnämnda slag från de 4 nordligaste länen var år 1943 80 fall, 1944 88 fall och år 1945 116 fall.

Det anförda gäller den slutna vården. Den överbäggande delen av de könssjuka behandlas emellertid i öppen vård. Varje stad med mer än 20 000 invånare har skyldighet att inrätta särskild poliklinik för könssjukdomar. Dylik poliklinik har i de 4 nordligaste länen hittills endast inrättats i Sundsvall. Hittills har man sålunda i dessa län i fråga om den öppna vården uteslutande varit hänvisad till tjänsteläkarnas och privatläkarnas mottagningar. Vid platsbrist å sjukhusen torde det icke sällan inträffa att patienter med könssjukdomar, som eljest skulle ha intagits för vård å sjukhus, få stå tillbaka för andra patienter som icke ha samma möjligheter att behandlas i öppen vård. Vid överbägganden rörande vårdbehovet måste man därför hålla i minnet att beläggningssiffrorna vid lasarettens icke ge någon säker hållpunkt för uppskattningen av vårdbehovet ifråga om de könssjuka. Detsamma gäller till stor del även ifråga om patienter med hudsjukdomar.

Norrlandskommittén har verkställt en undersökning rörande beläggning-

en med hud- och könssjuka patienter på odelade lasarett, på de delade lasarettens allmänna medicinska avdelningar samt på truppförbandens sjukhus i de 4 nordligaste länen åren 1943, 1944 och 1945 (uppgifter rörande beläggningen å truppförbandens sjukhus ha endast inforrats för år 1945). Därvid begärdes även uppgift om hur många fall som skulle ha remitterats till specialistanstalt därest sådan funnits i Norrland. Resultatet redovisas i tabell 8 nedan. Från sjukstugorna ha icke inforrats några uppgifter. Från Piteå lasarett och Örnsköldsviks lasarett ha några uppgifter icke kunnat erhållas. I ett fall (Haparanda) har endast uppgift lämnats om antalet remissfall. Flera av de största lasarett ha endast lämnat uppgift å sammanlagda antalet vårdfall för hud- och könssjukdomar. Hänsyn till det anförda måste givetvis tagas vid studium av de i tabellen angivna siffrorna.

Sammanlagda antalet hud- och könnsfall för civila patienter uppgick enligt tabellen för de anstalter i de 4 nordligaste länen, som lämnat uppgift härom, till 2 026 år 1943, 1 843 år 1944 och 1 667 år 1945. Fallen fördelade sig på de enskilda länen enligt följande uppställning:

	1943	1944	1945
Norrbottn	459	347	339
Västerbotten	436	512	416
Jämtland	198	207	170
Västernorrland	933	777	742
Summa	2 026	1 843	1 667

Antalet patienter har sålunda i stort sett varit fallande. Minskningen hänför sig helt till hudpatienterna under det att könspatienterna i stället ökat. Tabell 8 visar för ifrågavarande år — bortsett från de sjukhus, där åtskillnad ej gjorts mellan hud- och könssjukdomar — 811 respektive 639 och 650 hudfall i slutna vård. Minskningen (161 fall) är betydligt större än ökningen av antalet könspatienter (61 fall). Detta kan bl. a. bero på att hudpatienterna vid intagning fått stå tillbaka icke blott för det ökade antalet könspatienter utan även för det ökade vårdbehovet inom andra områden. Någon anledning antaga att antalet hudpatienter som äro i behov av sjukhusvård stadigvarande skulle minska finnes enligt vad som meddelats från sakkunnigt håll knappast. Snarare torde man med den fortgående utbyggnaden av industrien kunna förvänta en ökning av hudsjukdomarna, särskilt av den kategori hudsjukdomar som sammanhänger med yrkesutövningen.

Antalet könssjuka vid ifrågavarande anstalter var enligt tab. 8 119 1943, 151 1944 och 180 1945. Frekvensen av könssjukdomar torde däremot icke — enligt vad som upplyses från sakkunnigt håll — ha ökat i motsvarande grad. Ökningen av antalet intagna för slutna vård torde sammanhänga med att man på senare år i ökad utsträckning börjat tillämpa

Tabell 8. Antalet under åren 1943—1945 för hud- och könssjukdomar vårdade patienter å sjukvårdsanstalter i de 4 nordligaste länen.

	1943			1944			1945		
	S:a hud o. kön	Hud	Kön	S:a hud o. kön	Hud	Kön	S:a hud o. kön	Hud	Kön
Norrbottnens län									
Garnisonssjukhuset i Boden	98	90	8	78	76	2	88	75	13
Luleå las.	144	129	15	87	69	18	83	63	20
Haparanda las. ¹ .	3			3			2		
Gällivare las. ² ...	114	105	9	67	56	11	58	48	10
Kalix las. ³	60	60	0	72	65	7	68	64	4
Piteå las. ⁴									
Kiruna las. ⁵	40			40			40		
Norrb. reg:e							17		
Norrb. art.-kår ..							3		
Bodens ing.-kår ..							16		
Summa	459			347			339+36		
Västerbottnens län									
Umeå las.	355			413			325		
Skellefteå las. ⁶ ..	81	63	18	99	76	23	91	66	25
Västerb. reg:e ..							5		
Summa	436			512			416+ 5		
Jämtlands län									
Östersunds las. ..	162			170			130		
Svegs las.	36	28	8	37	29	8	40	31	9
Jämtl. fältj.							0		
Norrl. art.-reg. ..							0		
Summa	198			207			170		
Västernorr. län									
Sundsvalls las. ..	293			245			218		
Härnösands las. ...	320	295	25	273	227	46	325	262	63
Sollefteå las. ⁷ ...	77	41	36	77	41	36	77	41	36
Garn. i Sollefteå									
civila pat.	82			67			64		
militära pat. ..							24		
Örnsköldsviks las. ⁸									
Backe las.	161			115			58		
Sundsv. luftv.-kår							0		
Västernorr. reg.							10		
Norrl. trängkår ..							4		
Summa	933			777			742+38		
Summa för de 4 nordligaste län.	2 026	811 ⁹	119 ⁹	1 843	639 ⁹	151 ⁹	1 667+79	650 ⁹	180 ⁹

¹ Uppgifterna avse endast patienter som skulle ha remitterats till specialklinik på annan plats.

² Av angivna fall skulle enligt uppgiftslämnaren uppskattningsvis årligen ha remitterats 14—20 hudfall och 4—9 könsfall.

³ 50 % av hudfallen scabies.

⁴ Antalet vårdade fall ej angivet. »Ej möjligt angiva antalet remissfall.»

⁵ »Varje år mellan 30 och 50 fall. Troligen skulle ett 10-tal av dessa ha remitterats till specialistvård.»

⁶ »Hade ifrågasatt avdelning legat på annan ort exempelvis Umeå så hade de remitterades antal minskats med supponerade minst 50 %.»

⁷ Sammanlagt åren 1943—1945 122 hud- och 108 könsfall.

⁸ Svar har icke ingått.

⁹ Siffran avser endast anstalter som lämnat specificerade uppgifter.

s. k. sulfa-additionsbehandling liksom penicillinbehandling för könssjuka, vilken behandling som regel förutsätter sjukhusvård.

En jämförelse mellan de olika länen av det sammanlagda antalet fall av hud- och könssjukdomar utvisar att Västernorrlands län haft ett i förhållande till folkmängden ovanligt stort antal intagna (exempelvis år 1943 34 per 10 000 invånare medan Norrbottens län samma år hade 20, Västerbottens län 19 och Jämtlands län 13 intagna per 10 000 invånare).

Proportionen mellan antalet hudpatienter och antalet könssjuka har som av det föregående framgår förskjutits avsevärt under ifrågavarande 3-års period, så att antalet könspatienter vid sjukhusen ökat. Ännu 1945 voro dock vid de anstalter som lämnat specificerade uppgifter de för sjukhusvård intagna hudfallen nära 4 gånger så talrika som de för könssjukdomar intagna.

Sammanlagda antalet hud- och könssjuka (civila och militära) patienter utgjorde 1945 1 746 vid de anstalter i de 4 nordligaste länen som lämnat uppgifter av ifrågavarande slag. Man bör emellertid icke räkna med att alla eller ens flertalet av dessa fall skulle ha remitterats till en utanför hemorten inrättad specialavdelning för hud- och könssjukdomar om en sådan funnits inom räckhåll. Det är nämligen påtagligt att det ej finnes anledning att sända patienter med hudsjukdomar av enkel beskaffenhet (t. ex. skabb) långa vägar för behandling. Likaså torde könssjuka med ett normalt behandlingsförlopp ej vara i behov av vård å specialavdelning. Emellertid händer det ofta att dessa sjukdomar äro av så elakartad karaktär eller fått en sådan lokalisation att specialistbehandling blir nödvändig eller i varje fall högeligen önskvärd. Flertalet sjukhusläkare ha nämligen ingen eller obetydlig utbildning inom ifrågavarande områden utöver den, som de medicinska studierna meddela. Vid kommitténs ifrågavarande utredningar har från vissa håll (Gällivare och Kiruna) uppgivits att remisser, om en särskild specialistanstalt finnes inom räckhåll, torde komma att bli aktuella till ett antal som i stort sett skulle motsvara 25 % av fallen. Från Skellefteå har man räknat med att omkring 50 % av fallen skulle utgöra remissfall. För att icke räkna i överkant synes det måhända försiktigast att utgå från att endast 25 % av ifrågavarande klientel skulle remitteras till en specialavdelning å annan ort. Å förläggningssorten synes man emellertid böra räkna med att samtliga hud- och könfall intagas för specialistvård.

Med angivna utgångspunkter skulle om en specialavdelning för hud- och könssjukdomar förlagts exempelvis till Umeå under år 1945 325 patienter från Umeå lasarett och 5 patienter från Västerbottens regemente ha överförts till avdelningen. Av övriga 1 416 fall (1 746—330) skulle 25 %, d. v. s. 354 fall ha remitterats till specialavdelningen. Härtill komma de 116 fall som angivna år behandlats på S:t Görans sjukhus. Hänsyn bör

vidare tagas till att några uppgifter från Örnköldsviks och Piteå lasarett icke lämnats. Dessa sjukvårdsanstalter ha tillsammans 340 sängar, d. v. s. ungefär detsamma som Östersunds lasarett (330). Sammanlagda antalet hud- och könsfall vid sistnämnda lasarett var 1945 130. I förevarande situation synes man kunna räkna med ett motsvarande antal fall på Örnköldsviks och Piteå lasarett. Antalet remisspatienter skulle i så fall ökas med 25 % av 130 eller omkring 32. Sammanlagt skulle sålunda år 1945 832 (325 + 5 + 354 + 116 + 32) patienter ha vårdats vid en sådan specialavdelning. Om avdelningen förlagts till Sundsvall skulle motsvarande beräknade siffra ha blivit 748 (218 + 382 + 116 + 32).

Det möter stora svårigheter att närmare ange vårdtiden för ifrågavarande sjukdomar. Några speciella uppgifter rörande vårdtiden för de ovan angivna fall, som vårdats på odelade lasarett eller medicinska kliniker ha icke kunnat erhållas. Vid S:t Görans sjukhus i Stockholm och Holtermanska sjukhuset i Göteborg framgår vårdtiden under åren 1943—1946 av följande uppställning.

Tabell 9. Medelvårdtiden i dagar vid S:t Görans sjukhus i Stockholm och Holtermanska sjukhuset i Göteborg.
(Antalet intagna inom parentes).

S:t Görans sjukhus.

	1943		1944		1945		1946	
Kön	32,3	(1 105)	23,8	(1 725)	19,4	(1 877)	14	(1 991)
Hud	18,4	(1 919)	23,0	(1 440)	22,5	(1 399)	24	(1 253)
Summa	3 024		3 165		3 276		3 244	

Holtermanska sjukhuset.

	1943		1944		1945		1946	
Kön	23,55	(223)	21,84	(499)	14	(757)	6	(1 396)
Hud	10,53	(2 226)	13,26	(1 923)	14	(1 643)	19	(1 108)
Summa	2 449		2 422		2 400		2 504	

Uppgifterna ge vid handen att vårdtiden för könsfallen minskat samtidigt som vårdtiden för hudpatienter ökat. Den mycket stora avkortningen av vårdtiden för könssjuka under de senaste åren torde emellertid enligt vad som upplysts från sakkunnigt håll i viss mån bero på särskilda omständigheter av övergående natur. Det bör även beaktas att klientelet vid ifrågavarande sjukhus måhända icke är fullt representativt för det klientel som kan väntas komma att rekrytera en specialklinik i Norrland. Sålunda skulle exempelvis hudpatienterna, som vid S:t Görans utgör den mindre delen av klientelet, troligen komma att utgöra huvudparten av klientelet vid en norrlandsklinik. Med angivna utgångspunkter ter det sig synnerligen vanskligt att ställa någon prognos rörande vårdtiden vid en specialklinik i Norrland. Norrlandskommittén finner emellertid efter samråd med

experter inom ifrågavarande områden försvarligt att räkna med en genomsnittlig vårdtid av 20 dagar vid en avdelning för blandade hud- och könspatienter i Norrland.

I det föregående har angivits att år 1945 enligt kommitténs beräkningsgrunder 832 respektive 748 patienter skulle ha vårdats vid en specialklinik för hud- och könssjukdomar i Norrland. Räknat efter 20 vård dagar per patient motsvarar detta omkring 50 respektive 45 vårdplatser. Angivna siffra kan emellertid icke anses giva en fullständig bild av vårdbehovet. Framförallt måste man enligt vad erfarenheten utvisat räkna med att ett avsevärt latent behov av vård för hudsjuka föreligger, vilket behov icke ger sig tillkänna förrän möjligheterna till specialistvård förbättras. Bristen på sjukvårdsplatser och en tendens till ökning av yrkeshudsjukdomarna måste även tagas med i beräkningen. Även den i tabell 9 skönjbara ökningen av antalet för könssjukdomar intagna bör uppmärksammas. Med hänsyn till det anförda synes vårdplatsbehovet kunna uppskattas till omkring 60 sängar.

På S:t Görans sjukhus är antalet manliga och kvinnliga patienter i stort sett lika. Från sakkunnigt håll anses försvarligt att åtminstone tillsvidare räkna med en dylik fördelning även vid en klinik i Norrland. Vårdplatserna skulle då lämpligen fördelas på 2 avdelningar, en manlig och en kvinnlig om vardera 30 platser. Den bristande praktiska erfarenheten om vårdbehovets storlek och kalkylernas osäkerhet medför emellertid att man måste räkna med att en senare utbyggnad kan visa sig erforderlig.

Kap. 8. Norrlandskliniker eller stockholmskliniker. Specialistsjukhus eller decentraliserade kliniker.

Norrلänningarna äro för den specialistvård varom förslag framlägges i detta betänkande uteslutande hänvisade till de i Stockholm belägna sjukvårdsanstalterna, främst de statliga anstalterna Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. Stockholmsanstalterna kunna — enligt vad som framgår av det föregående — icke med förefintliga resurser tillgodose det norrländska behovet. Kap. 3—7 utvisa sålunda att de 4 nordligaste länen ha ett behov av — mycket försiktigt räknat — 245 vårdplatser inom de ifrågavarande specialiteterna. Till viss mindre del skulle visserligen inrättandet av angivna antal vårdplatser medföra en avlastning av de nuvarande stockholmsklinikerna, men den ojämförligt största delen torde dock vara motiverad av ett hittills icke tillgodosett behov av vårdplatser. Detta behov kan tillgodoses antingen genom utbyggnad av stockholmsklinikerna eller genom att inrätta nya kliniker i Norrland.

En utbyggnad av stockholmsklinikerna skulle — som i det föregående framhållits — för Norrlands del innebära att alla de nackdelar som sammanhånga med det mycket stora avståndet emellan hemorten och sjukhuset (för övre Norrland omkring 1 000 km) skulle kvarstå. Kommittén erinrar om de långa resor som skola företagas av ofta svårt sjuka patienter och om kostnaderna för dessa resor, vilka efter sjukförsäkringens genomförande skola bestridas av statsverket.¹ Kommittén erinrar även om att en sjukvårdsinstitution — om den skall helt fullfölja sitt syfte — måste uppehålla en intim kontakt med verksamhetsområdet. Detta är betydelsefullt såväl för den kliniska vården som för laboratorieinstitutionernas verksamhet. Om ett sjukhus för övre Norrlands befolkning placeras i Stockholm blir denna kontakt givetvis svår att uppehålla. Det anförda blir av särskild betydelse för patienter som äro i behov av efterbehandling och efterkontroll. Exempelvis må erinras om att för närvarande en avsevärd

¹ Enligt §§ 17 och 18 i 1947 års lag om allmän sjukförsäkring erhåller den försäkrade ersättning av statsmedel för intagning å närmaste sjukvårdsanstalt där erforderlig vård kan beredas med hela resekostnaden och för återresa med hela kostnaden i den mån denna överstiger 3 kronor. För resor fram och åter för läkarbesök å sjukvårdsanstalt efter remiss av läkare utgår ersättning med hela kostnaden så framt denna överstiger 3 kronor. Dessa bestämmelser träda i kraft den 1 juli 1950. För närvarande utgår av allmänna medel endast ersättning till medellösa för resa till de befintliga radiologiska klinikerna (jubileumsklinikerna).

del av patienterna på de radiologiska klinikerna nödgas besöka kliniken 2—3 gånger årligen. Sålunda hade Göteborgsanstalten som tidigare framhållits, år 1945 1 057 patienter men 1 894 inskrivningar av samma patienter (återbesök för kontroll i öppen vård ej medräknade).

Med hänsyn till det anförda och då det även med hänsyn till forskningen och undervisningen är av betydelse att institutioner av ifrågavarande slag förläggas till Norrland samt då av kommittén verkställda kostnadsberäkningar tyda på att driftskostnaderna för ifrågavarande institutioner knappast behöva bli högre vid nybyggnad i Norrland än vid utbyggnad i Stockholm (se närmare härom i kap. 14), har norrlandskommittén funnit alla skäl tala för att berörda institutioner böra förläggas till någon eller några anstalter i Norrland.

I det föregående har norrlandskommittén i de sammanhang där frågan varit aktuell utgått från att de i detta betänkande avhandlade specialklinikerna och institutionerna skola *sammanföras på en plats* och tillsammans med ett redan befintligt centrallasarett bilda en allsidigt utbyggd sjukvårdscentral, ett »rikssjukhus». Innan kommittén går närmare in på frågor som direkt äro avhängiga av att klinikerna sammanföras till en anstalt, är det erforderligt att närmare angiva de skäl, som föranlett kommitténs nämnda ställningstagande. Man skulle nämligen även kunna tänka sig att ifrågavarande kliniker och institutioner skulle fördelas mellan centrallasaretten inom de olika länen.

En fördelning av klinikerna och institutionerna på de olika länen skulle otvivelaktigt medföra en viss fördel såtillvida som man härigenom finge möjlighet att taga hänsyn till de skilda lokala behoven inom respektive områden. Sålunda skulle exempelvis en klinik för hud- och könssjukdomar kunna placeras i Sundsvall, eftersom behovet av denna specialitet synes vara särskilt markerat i Västernorrlands län, och en bröstkirurgisk klinik skulle med hänsyn till den starka tuberkulosfrekvensen i Norrbotens län kunna placeras i Boden etc. Vidare vore det givetvis tilltalande, om varje landsting inom sitt eget område skulle kunna erhålla någon av ifrågavarande institutioner så att icke förmånen härav endast skulle tillkomma ett landsting. Slutligen må framhållas att man vid en dylik decentralisering av klinikerna undginge en av nackdelarna med ett rikssjukhus, nämligen de svårigheter som kunna vara förknippade med att i en relativt liten stad sammanföras ett så stort antal läkare och annan sjukvårdspersonal som det här är fråga om.

Å andra sidan medför en decentralisering av angivet slag bl. a. den nackdelen att befolkningen måste söka sjukvård på vitt skilda platser för olika sjukdomar. Vad som emellertid framför allt talar emot en decentralisering av den ifrågavarande specialistvården och alltså för ett rikssjukhus är att

dessa kliniker och institutioner icke kunna utnyttjas till sitt fulla värde om de icke få tillfälle till ett intimt samarbete med varandra.

Sålunda har man vid ett rikssjukhus av ifrågavarande slag större möjligheter att komma tillrätta med oklara sjukdomsbilder än vid en mindre sammansatt sjukvårdsanstalt. Kapaciteten vid de olika klinikerna och institutionerna kunna här bringas att samverka till ett undersökningsförfarande som givetvis icke är möjligt vid anstalter som äro mindre differentierade.

Icke blott ifråga om diagnostiken utan även ifråga om behandlingen kunna avsevärt mycket bättre resultat ernås vid ett rikt differentierat sjukhus än vid enstaka specialkliniker knutna till centralasarett av vanlig utformning. I fråga om vissa behandlingsformer är en samverkan mellan olika specialkliniker helt enkelt nödvändig. Sålunda är det — såsom framgår av det föregående — nödvändigt att en radiologisk klinik har möjligheter till dagligt intimt samarbete med en patologisk-anatomisk institution. Även samarbete mellan radiologisk klinik och plastikkirurgisk klinik samt mellan förstnämnda klinik och klinik för hudsjukdomar är synnerligen önskvärt. Jämväl för vissa tandvårdsavdelningar är samarbete med plastikkirurgisk klinik erforderligt. Arbetet på nämnda klinik liksom på öronkliniken bör i många fall fullföljas genom behandling på den foniatriska polikliniken. De neurokirurgiska och neurologiska klinikerna måste ha ett synnerligen intimt samarbete såväl sinsemellan som var för sig med det fysiologiska laboratoriet. De neurokirurgiska, bröstkirurgiska och plastikkirurgiska klinikerna äro i särskilt hög grad beroende av att ha tillgång till speciella bedövningsmetoder.

Ytterligare ett skäl att skapa ett »fullständigt» sjukhus är att ett sådant sjukhus har helt andra resurser att ställa till forskningens förfogande än en mindre differentierad anstalt. Samspelet mellan klinikerna och de mer teoretiskt arbetande institutionerna blir här av stor betydelse.

Slutligen vill norrlandskommittén framhålla det stora värde — icke minst ur psykologisk synpunkt — som otvelaktigt ligger däri att en plats får karaktär av sjukvårdscentrum för ett större område. Förefintligheten av ett stort rikssjukhus i Norrland kan även komma att medföra ytterligare fördelar i framtiden. Sålunda ha härigenom vissa förutsättningar skapats för en ytterligare utbyggnad med nya institutioner i den mån utvecklingen så påkallar.

Norrlandskommittén har funnit de skäl, som tala för ett sammanförande av ifrågavarande kliniker och institutioner till en centralanstalt, vara av avgörande betydelse. Kommittén räknar därför med att samtliga de i detta betänkande under kap. 3—7 föreslagna specialinstitutionerna jämte de i kap. 9 och 10 avhandlade laboratorierna m. m. skola sammanföras till en anstalt — »Norrlands centrala sjukvårdsanstalt» — som skall fungera

som rikssjukhus. Anstalten bör intimt knytas till ett befintligt stort centrallasarett.

Som av det föregående framgår har kommittén räknat något i underkant vid uppskattningen av vårdplatsbehovet vid vissa specialkliniker. Kommittén har härvid utgått från att det vore bättre att inrätta nya specialkliniker på annan plats i Norrland än att utbygga klinikerna på rikssjukhuset (det anförda gäller emellertid icke radiologiska kliniken och knappast heller de neurokirurgiska och neurologiska klinikerna). Genom en dylik dubbelring av klinikerna skulle bl. a. intresset av att förkorta patienternas resor ytterligare kunna tillgodoses.

Kap. 9. Laboratorieorganisationen.

Under de sista decennierna har behovet av självständiga laboratoriechefer vid sjukhusläkarnas sida blivit alltmer framträdande. I viss utsträckning har det även tillgodosetts. Sålunda ha patologiska avdelningar utom vid undervisningssjukhusen inrättats vid vissa storstadssjukhus såsom i Stockholm, Göteborg och Malmö. Vidare ha centrallasarett i Västerås och Umeå sedan åtskilliga år patologiska avdelningar under särskilda överläkare, vilka emellertid även i viss utsträckning arbeta på det bakteriologiska området. Kliniska centrallaboratorier med huvudsakligen biokemisk inriktning finnas eller äro under förberedande på ett flertal större lasarett. I Norrland finnes dylikt laboratorium ännu så länge endast i Umeå. Självständiga bakteriologiska laboratorier finnas för närvarande icke utanför undervisningsanstalterna och storstadssjukhusen. Frågan om inrättande av fysiologiska laboratorier i samband med sjukhusväsendet befinner sig i viss mån på den förberedande diskussionens plan. Sådana institutioner ha hittills endast inrättats vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. Flertalet lasarett ha emellertid särskilda utrymmen och särskild utrustning för vissa fysiologiska undersökningar. Även om dessa institutioner stå under ledning av överläkaren vid medicinska kliniken eller chefen för det kliniska laboratoriet kunna de dock ej betraktas såsom verkliga fysiologiska laboratorier.

Att ett stort norrlandssjukhus med många specialavdelningar ur sjukvårdens synpunkt är i behov av en självständig laboratorieorganisation ligger i öppen dag. Professor Hilding Bergstrand har i svarsskrivelse till norrlandskommittén härom anfört följande.

»Utbyggandet av ett centrallasarett med specialkliniker betyder ju icke blott ökade möjligheter för specialbehandling av vissa sjukdomsformer utan även att lasarettet i ökad utsträckning blir kapabelt att taga hand om svåra utredningsfall i det att flera experter stå till förfogande. För fyllandet av denna dubbla uppgift blir ju centrallasarettet i allt större utsträckning beroende av laboratorieexpertis ju mer det utbygges. För närvarande kan man väl säga att ett dylikt utbyggt centrallasarett fordrar 4 olika laboratoriespecialister, nämligen en för bakteriologi, en för patologi, en för klinisk kemi och en för klinisk fysiologi. Det är också den standardutrustning, som vi tänkt oss för ett akademiskt sjukhus.»

Det är att märka att centrallaboratorier av här avsedd utformning skola gå sjukvården tillhanda icke blott vid den centrala sjukvårdsinrättning där de äro placerade utan även vid andra sjukvårdsanstalter inom upptagningsområdet. Även tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare ha intresse av ett samarbete med dylika institutioner. Framförallt blir det här fråga om prov som insändas till de kliniska och bakteriologiska laboratorier. En utbyggnad av laboratorieinstitutionerna synes bl. a. med hänsyn härtill i hög grad kunna komma att medverka till en förbättring av sjuk- och hälsovården i Norrland.

Laboratorier av ifrågavarande slag böra emellertid betjäna icke enbart den aktuella sjukvården och hälsovården utan även den vetenskapliga forskningen. På landstingen ankommer att förbättra sjukvården. I sådant syfte ha även — som ovan angivits — en del landsting inrättat vissa laboratorier. Steget härifrån till att ställa sig som huvudmän för vetenskapliga forskningsinstitutioner är emellertid långt. Å andra sidan bör bemärkas att de aktuella sjuk- och hälsovårdande uppgifterna och forskningsuppgifterna stå i intimt samband med varandra. Utan en nära kontakt med vetenskaplig forskning kunna laboratorieläkarna i ännu mindre grad än övriga läkare följa med i utvecklingen. Det synes därför lämpligt, att åtminstone vid de stora centralsjukhusen gå något längre i differentiering av laboratorieorganisationen än vad sjukvårdens huvudmän hittills gjort och lägga större tonvikt på forskningen, än vad som nödvändiggöres av de aktuella sjuk- och hälsovårdande uppgifterna.

De sjukvårdande uppgifter, som falla på laboratorieläkarna äro av fyra olika slag 1) makro- och mikroskopiska undersökningar av den döda kroppen eller delar av den för att verifiera eller korrigera diagnoser och finna förklaringen till dunkla, kliniska bilder samt undersöka från den levande människan tagna vävnadsprov också i diagnostiskt syfte, 2) kemiska och morfologiska undersökningar av kroppsvätskorna samt kroppens se- och exkreter, 3) undersökningar av och beredande av vissa läkemedel emot kroppens infektiösa parasiter, 4) undersökningar av olika organsystems eller organs funktioner, allt motsvarande den inledningsvis gjorda och historiskt betingade uppdelningen i patologiska, biokemiska, bakteriologiska och fysiologiska laboratorier. Vart och ett av dessa laboratorier kommer i det följande att något mera utförligt karakteriseras för sig.

A. Patologiskt laboratorium.

Denna laboratorieinstitutionens huvuduppgift är utförandet av obduktioner och vissa mikroskopiska (histo-patologiska) undersökningar. Den första av dessa uppgifter har hittills, där särskilt patologiskt laboratorium icke funnits att tillgå, lösts så, att en av de läkare, som närmast haft en av-

liden patient om hand, förrättat obduktionen. I allmänhet har han ej förberetts för denna uppgift annat än genom den undervisning han åtnjutit till sina medicinska examina. Detta förhållande kan icke anses fullt tillfredsställande. Det föreligger otvivelaktigt ett mycket utpräglat behov av kunniga obducenter, icke minst i Norrland. Den andra huvuduppgiften — de histo-patologiska undersökningarna — har hittills lösts så, att de lasarett, som saknat patolog, sänt in sina prov till patologiskt laboratorium. I stort sett har detta hittills utfallit tillfredsställande. Understundom föreligger dock behov av att utan längre tidsutdräkt, ja, t. o. m. under pågående operation erhålla mikroskopisk snabbdiagnos.

Ett patologiskt laboratorium med angivna huvuduppgifter bör icke saknas vid ett sjukhus av sådan omfattning som det här ifrågavarande. Särskilt är det betydelsefullt att den radiologiska kliniken har tillfälle till intimt dagligt samarbete med patolog.

Som i det föregående angivits finnes redan en mindre patologisk avdelning i Norrland, nämligen vid Umeå lasarett. Denna avdelning är emellertid otillräcklig t. o. m. för sjukhusets nuvarande behov. Landstinget i Västerbottens län har emellertid beslutat om utbyggnad av institutionen. Även landstinget i Västernorrlands län överväger att inrätta en patologisk institution. Skulle den ifrågavarande centrala sjukvårdsanstalten förläggas till något av dessa landsting blir denna utbyggnad onödig. Den nya institutionen bör då planeras så att den kan motsvara hela sjukhuskomplexets behov.

Laboratoriet är i behov av en överläkare som chef (prosektor).

B. Kliniskt centrallaboratorium.

För endast ett par decennier sedan voro de kemiska undersökningarna på sjukhusen av enkel beskaffenhet. Under sjukhusläkarnas ledning gjordes kvantitativa och kvalitativa analyser på kroppens se- och exkreter, och blodmorfologin jämte bakteriologin studerades med tämligen enkla färgningsmetoder mikroskopiskt.

De kemiska undersökningsmetoderna ha emellertid på senare tid gjort utomordentliga framsteg. De moderna metoderna fordra kunskaper och specialutbildning av en helt annan omfattning än vad sjukhusläkaren i allmänhet har tid och möjlighet att förskaffa sig. Följden har blivit, som redan tidigare framhållits, att ett flertal centrallasarett skapat väl utrustade centrallaboratorier under självständiga chefer. I Norrland finnes emellertid, som tidigare angivits, dylikt laboratorium endast vid lasarettet i Umeå. Flera andra landsting ha dock planerat att inrätta centrallaboratorium. Såväl huvudmän som klinici torde tidigare i viss utsträckning ha

förutsatt, att laboratoriechefen även skulle vara i stånd att handhava de bakteriologiska undersökningsmetoderna och jämväl att utveckla dessa metoder och introducera nya, något som förut ankommit på de bakteriologiska speciallaboratorierna. Även om dessa förhoppningar i någon mån gått i uppfyllelse, torde det numera vara ostridigt att biokemikern ej samtidigt kan vara fullt utbildad bakteriolog. Det synes överhuvud taget otvivelaktigt att chefen för det biokemiska laboratoriet — i varje fall på ett rikssjukhus av ifrågavarande dimensioner — icke bör belastas med uppgifter som ligga vid sidan av hans egentliga verksamhet, som i första hand går ut på att hålla kontroll över analysmetoderna och att biträda sina kamrater klinici med att föreslå vägar för att utreda oklara sjukdomsbilder. Som sekundär uppgift kan laboratoriechefen lämpligen anförtros kontrollen av de kristalloida och andra lösningar och vätskor, som i stor utsträckning användas för läkande ändamål i form av insprutningar på sjukhusens patienter, testning och beredande av läkemedel vid allergiska sjukdomstillstånd och verksamhet inom yrkeshygienen. Ett biokemiskt laboratorium bör sålunda vid ett rikssjukhus sådant som det förevarande stå under ledning av självständig överläkare (klinisk laborator) som ägnar sig helt åt angivna uppgifter och därmed sammanhängande forskning. Man torde dessutom böra förutsätta, att kliniskt centrallaboratorium under egen överläkare inrättas åtminstone vid ett större sjukhus i varje landstingsområde. Centrallaboratoriet vid den centrala sjukvårdsanstalten skall givetvis betjäna jämväl det landstingslasarett (modersjukhus) intill vilket det förlägges.

C. Bakteriologiskt laboratorium.

Som i det föregående angivits finnas för närvarande självständiga bakteriologiska laboratorier utom i Stockholm vid universitetsinstitutionerna i Uppsala och Lund samt i Göteborg. Dessutom utöva de patologiska avdelningarna vid lasaretten i Malmö, Västerås och Umeå bakteriologisk verksamhet. Bakteriologens huvuduppgift ur sjukvårdssynpunkt är att biträda vid infektionssjukdomarnas diagnos och behandling. Detta är en uppgift, som erhållit ökad betydelse genom de senaste årens stora upptäckter, sulfapreparaten, penicillinet och närstående preparat. Bl. a. har diagnostiken av de smittosamma könssjukdomarna gått framåt genom införandet av vissa odlingsförfaranden, som kräva specialutbildning. Dessa odlingsförfaranden måste verkställas inom 12 timmar sedan proven tagits, varför det är av särskild vikt att ett bakteriologiskt laboratorium, som skall betjäna ett större område, blir centralt placerat. Redan nu utförs ifrågavarande prov från övre Norrland vid den patologiska avdelningen i Umeå. Andra norrländska lasarett skicka proven till Gävle, Uppsala eller Stockholm.

Även vid andra typbestämningar av bakterier än de nyss nämnda äro speciella, svårhanterliga metoder och således speciell utbildning erforderlig. Till detta kommer sedan den stora mängd enklare bakteriologiska och serologiska undersökningar, som hittills handhafts av klinisk laborator, patolog eller annan laboratoriepersonal. Beredningen av vissa sera och vacciner faller även inom bakteriologens område.

Betydelsefulla uppgifter för bakteriologen finnas slutligen även inom epidemivården och hygien. Han kan, om han har erforderlig klinisk utbildning och arbetstiden räcker, vara läkare vid epidemisjukhus. Han kan och bör också i betydande omfattning utöva profylaktisk verksamhet i det att han bör stå vid epidemisjukhusläkares och tjänsteläkares sida för att utreda epidemiers uppkomst och eliminera smittkällor och smittbärare. Medicinalstyrelsen planerar för närvarande en organisation varigenom landet skulle uppdelas i vissa områden försedda med bakteriolog för de senast nämnda uppgifterna. Bakteriologen för det nordligaste av dessa områden synes lämpligen böra vara ansluten till den bakteriologiska institutionen vid Norrlandssjukhuset.

Det synes med hänsyn till det anförda otvivelaktigt att ett bakteriologiskt laboratorium under en självständig överläkare (laborator) har en mycket stor uppgift att fylla i Norrland. Västerbottens läns landsting har planerat att bygga en ny patologisk-bakteriologisk avdelning med skilda överläkare för respektive patologi och bakteriologi. Denna utbyggnad onödiggöres givetvis om en bakteriologisk institution inrättas vid en centralanstalt och denna förlägges till Umeå. I likhet med de i det föregående berörda laboratorierna bör en dylik institution planeras så att den tillgodoser jämväl modersjukhusets behov.

D. Fysiologiskt laboratorium.

Fysiologiskt laboratorium, knutet till sjukhus, finnes för närvarande, som i det föregående angivits, endast vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. De fysiologiska undersökningsmetoderna äro ännu få och handhas som regel av klinici. Hittills är det närmast två typer av dem, som mera allmänt tillämpats vid sjukvårdsanstalterna, nämligen metoderna för ämnesomsättningsundersökningar och elektrokardiografen. Den senare befinner sig under snabb utbyggnad till en funktionell hjärtdiagnostik av värde för bedömandet både av t. ex. operationsrisker och läkemedlens inverkan i det enskilda fallet. Behovet av en sakkunskap utöver den, som klinikern rimligen kan förskaffa sig, framträder redan tydligt. Till de hittills mer ovanliga undersökningsmetoderna hör bl. a. elektroencephalografen, d. v. s. studiet av i hjärnan alstrade elektriska strömmar. Man kan

vänta sig att på denna väg avsevärt förbättrade resultat skola kunna vinnas inom neurologin, neurokirurgin och på sinnessjukdomarnas områden. Svensk neurologisk förening har i en skrivelse till norrlandskommittén framhållit vikten av att ett rikssjukhus i Norrland förses med apparatur för bl. a. dylika undersökningar.

Hela det ännu rätt oklara hormonområdet erbjuder ett arbetsfält där betydelsefulla resultat i både fysiskt och psykiskt avseende borde kunna vinnas. Även inom blodomloppsfysiologin och näringsfysiologin (t. ex. beträffande bristsjukdomarna) vänta stora och viktiga forskningsuppgifter. Norrlandskommittén erinrar i detta sammanhang om att medicinalstyrelsens norrlandsundersökning åren 1929—1931 har ansetts tyda på att på många håll betydande brister förelåg i det norrländska kosthållet. Ytterligare må erinras om att tidigare undersökningar utvisat att den endemiska struman är särskilt vanlig i vissa delar av Norrland. Skolbarnsundersökningarna ha bekräftat detta förhållande. Det synes med hänsyn till det anförda särskilt betydelsefullt att erhålla en forskningsinstitution i Norrland som fortlöpande kan följa ifrågavarande förhållanden.

Av det anförda framgår att ett laboratorium av här avsett slag visserligen i högre grad än de i det föregående nämnda laboratorierna får karakteren av en forskningsinstitution men att den även i avsevärd utsträckning redan från början kommer att ta del i sjukhusets dagliga vårduppgifter. Dess verksamhet är sålunda en även för den löpande sjukhusvården nödvändig beståndsdel av sjukhuset. Särskilt måste ett intimt samarbete etableras med de medicinska, gynekologiska, neurokirurgiska och neurologiska klinikerna.

Fysiologiskt laboratorium erfordrar liksom de tidigare nämnda egen överläkare (laborator).

De ovan berörda fyra laboratorieinstitutionerna äro för vissa prov i behov av en *djuravdelning*. Denna synes kunna vara gemensam för dem alla.

Som av det föregående framgår har kommittén räknat med att de ovan avhandlade institutionerna även i avsevärd utsträckning skola bedriva forskningsverksamhet. Härvid är givetvis tillgång till bibliotek av stort värde. Ett sådant bibliotek skulle även kunna få betydelse för den aktuella sjukvården i Norrland om därvid anordnades låneverksamhet för norrlandsläkare. Emellertid synes det lämpligt att i denna fråga avvakta några års erfarenhet från de nya institutionernas verksamhet. Tillgång i viss utsträckning till facklitteratur är dock givetvis erforderlig.

Kap. 10. Klinikernas hjälpgorgan.

A. Narkosläkare.

Angående narkosläkarens uppgifter har innehavaren av den första överläkartjänsten i landet på detta område, dr T. Gordh anfört följande:¹

»En narkosläkares uppgift är i första hand smärtlindring. Han skall under kirurgiska ingrepp söka åstadkomma de bästa möjliga arbetsförhållanden för kirurgen, samtidigt som patientens säkerhet övervakas, under den tid denna är utsatt för narkosmedlens påverkan. Genom noggrann övervakning under hela narkosen och förande av narkosjournal med kontinuerlig registrering av blodtryck, puls och respiration och iakttagande av narkosymptomen, har man en ständig kontroll över patientens tillstånd och kan i tid vidtaga förebyggande åtgärder för att hålla patienten i bästa möjliga kondition.

Narkosläkaren skall naturligtvis behärska samtliga anestesiformer; inhalationsnarkos (genom inandning), intravenös narkos (narkos i blodet), spinalanestesi (ryggbedövning), lokalanestesi, rektal narkos (narkos med lavemang) och kombinationerna samt på rätt sätt utnyttja de olika narkosmedlen och narkosapparaterna.

Han är lämpad att organisera vätskekontroll- och blodbanksystem i samarbete med fysiologiska avd. eller laboratorn och kan på flera sätt hjälpa till att avlasta kirurgernas överfyllda arbetsprogram. Med sin erfarenhet att handskas med medvetslösa människor och behandla komplikationer under narkos är han den lämplige att sköta behandlingen av akuta sådana tillstånd av andra orsaker, eller med andra ord organisera upplivningsproblemet: t. ex. med intubation och syrgasbehandling.

Vissa specialiteter inom kirurgin, såsom plastikkirurgin, lungkirurgin och neurokirurgin, fordra helt enkelt specialnarkoser för tillfredsställande resultat.»

Fördelarna av en speciell narkosinstitution kan sammanfattas så att alla moderna smärtlindringsmetoder, utvalda och kombinerade efter fallets art, kunna komma till användning, och att operatören tryggt kan ägna sig åt sitt arbete i förvisning om att »anestesisten» ägnar hela sin uppmärksamhet åt patientens tillstånd. Området för de kirurgiska ingreppen kan vidgas och riskerna högst avsevärt pressas ned.

Dr Gordh har gjort en sammanställning av operationsdödligheten vid universitetsklinikerna och Sahlgrenska sjukhuset efter vissa större ingrepp.

¹I »Meddelanden» från Sveriges yngre läkares förening årg. 3, nr 17.

Den omfattar två treårsperioder 1937—39 och 1941—43. Mellan dessa perioder har narkosspecialist anställts vid två av sjukhusen (Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet).

Tabell 10. Jämförande uppgifter rörande operationsdödlighet (enligt dr T. Gordh).

	1937—1940			1941—1943		
	Antal op.	Döda	%	Antal op.	Döda	%
Karolinska sjukhuset .. (Maria sjukh. före 1940)	684	86	12,6	990	73	7,4
Serafimerlasarettet	682	83	12,2	826	61	7,3
Akademiska sjukhuset ..	741	100	13,5	913	114	12,4
Lunds lasarett	694	96	13,8	1 015	117	11,5
Sahlgrenska sjukhuset .	1 235	190	15,4	1 536	175	11,5

Enligt tabellen var dödligheten under den senare tidsperioden omkring 40 % mindre än under den tidigare vid de sjukhus (Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet) som under mellantiden anställt narkosspecialist. Vid de övriga sjukhusen var dödligheten under den senare perioden omkring 8, respektive 16 och 25 % mindre än under den tidigare perioden. Även om det med hänsyn till den snabba utvecklingen på sjukvårdsområdet är svårt att angiva i vilken utsträckning olika omständigheter medverkat till den snabba nedgången av dödligheten vågar man påstå, att medverkan av en specialutbildad narkosläkare med största sannolikhet bidragit härtill.

Sedan många år tillbaka får i England narkos vid operation endast ges under övervakning av särskilt därför utbildade läkare. Flertalet större sjukhus i USA ha också en stab av »anestesists», lydande under särskild överläkare som chef. Anestesiologin betraktas som en specialitet jämförlig med vilken annan som helst. De svenska kirurger, vilka såväl före som efter kriget studerat i England och USA, ha också haft ett starkt intryck av dessa länders betydliga överlägsenhet över oss på detta område. Under senare år har emellertid specialiteten vunnit insteg även vid sjukhusen här i landet. Den första narkosläkartjänsten inrättades, som nämnts, vid Karolinska sjukhuset år 1940. Numera äro vid sjukhusets narkosinstitution anställda en överläkare och en underläkare jämte hjälpkrafter. En narkosöverläkartjänst är också inrättad vid Sabbatsbergs och S:t Eriks sjukhus (gemensam för båda) och torde komma till stånd även i Lund. Narkosläkartjänster äro inrättade såsom underläkartjänster i bl. a. Örebro, Norrköping, Kristianstad och Östersund. Ytterligare ett antal centrallasarett planera dylika underläkartjänster.

Med hänsyn till det anförda finner norrlandskommittén uppenbart att ett sjukhus sådant som den här ifrågavarande centralanstalten är i behov av en speciell narkosinstitution. Behovet synes motivera en överläkare och en underläkare vilka givetvis även böra tjänstgöra på modersjukhusets kliniker.

B. Sociala kuratorer.

Svensk kuratorsförening har på grundval av instruktioner vid olika sjukvårdsinrättningar uppgjort förslag till instruktion för sociala kuratorer. Enligt detta förslag åligger det kuratorn att handhava det sociala arbetet inom sjukhuset och att därvid bl. a. bistå patienterna med råd och hjälp i personliga och ekonomiska angelägenheter. Kuratorn skall sålunda i samarbete med vederbörande läkare, sköterskor och patienternas anhöriga förmedla kontakten mellan patienterna och yttervärlden, ordna erforderlig eftervård för patienterna, skapa kontakt med arbetsförmedlingen eller i sista hand själv vidtaga åtgärder för arbetsanskaffning eller omskolning samt biträda patienterna vid uppsättande av skrivelser till myndigheter och andra hjälporgan etc.

År 1920 tillsattes den första sociala kuratorn för kroppssjuka. Uppdragsgivaren var Stockholms stads hälsovårdsnämnd och kuratorn skulle tillhandagå patienterna vid stadens samtliga sjukhus. Det första kroppssjukhuset i landet som erhöll egen social kurator var Serafimerlasarettet. Detta inträffade år 1930. Sedan dess ha ett hundratal kuratorer tillsatts på sjukhus och andra vårdinrättningar i landet. Vid kroppssjukhusen i de 4 nordligaste länen torde emellertid ännu så länge endast finnas ett fåtal kuratorer.

Kommittén för partiellt arbetsföra har räknat med att det erfordras en kurator för 140—200 vårdplatser. Vid kroppssjukhus skulle en kurator medhinna omkring 200 patienter, vid sanatorier och vanförestalter ej fullt så många. Vid ett centralsjukhus, sådant som det ifrågavarande Norrlandssjukhuset, som kan väntas få ett relativt stort antal utomlänspatienter, torde kuratorsarbetet bli mer krävande än vid ett vanligt centralasarett. De i det föregående föreslagna specialavdelningarna omfatta 245 platser. Enligt det anförda skulle man närmast böra räkna med ett behov av 2 kuratorer för centralsjukhusets behov. Emellertid har från vissa håll ifrågasatts om icke personalbehovet av kommittén för partiellt arbetsföra beräknats något i överkant. Med hänsyn härtill och då en betydande avlastning av kuratorernas arbete torde kunna åstadkommas genom tillgång till kontorspersonal har kommittén stannat för att föreslå endast en kurator (jämte ett skrivbiträde).

C. Kontroll av vårdens resultat.

Kontrollen av vårdens resultat bör fullfölja dels den rent sjukvårdande uppgiften, att giva läkaren tillfälle till ingripande på ett tidigt stadium, om patienternas tillstånd så påkallar, och dels den måhända lika betydelsefulla uppgiften att i forskningens intresse giva läkaren möjligheter att avläsa resultaten av olika behandlingsmetoder. Kontakten med patienten bör upprätthållas i första hand per korrespondens. Läkarna å respektive avdelningar tillskriva patienten och lämna på grundval av svarsbrev, undersökning hos läkare i hemorten och dylikt erforderliga anvisningar rörande vården. Samtidigt få läkarna möjlighet att följa resultatet av sjukhusbehandlingen. Organisationen förutsätter en förstärkning av arkivpersonalen. Den tager även mycken tid i anspråk för läkarna. Vid Radiumhemmet i Stockholm äro 4 à 5 av arkivpersonalen sysselsatta enbart med denna uppgift.

I vårt land har det i allmänhet endast i enstaka fall förekommit att sjukhusen följt patienternas tillstånd även sedan de utskrivits. Det har då som regel varit fråga om fall som läkaren intresserat sig för i samband med vetenskapligt arbete. Undantag utgör emellertid verksamheten vid dispensärerna samt de radiologiska och de neurokirurgiska klinikerna, vilka sedan länge upprätthållit fortlöpande kontakt med en stor del av de utskrivna patienterna. Anledningen härtill har varit att det i angivna fall är fråga om sjukdomar som lätt föranleda recidiv exempelvis tumörer och lungtuberkulos. Under senare år torde emellertid dylik kontakt ha upprätts även vid enstaka andra kliniker i sådana fall där, såsom vid de nyss nämnda sjukdomarna, särskild anledning förelegat att erhålla kännedom om vårdens resultat.

Efterkontroll bör givetvis införas vid det avsedda Norrlandssjukhuset i samma utsträckning som hittills skett vid motsvarande sjukvårdsinrättningar i andra delar av landet. Dessutom synes man böra skapa möjlighet till efterkontroll även för vissa sjukdomsgrupper där sådan kontroll ännu icke allmänt genomförts men där den med hänsyn till sjukdomens art synes vara särskilt påkallad. Hänsyn härtill har tagits vid personalberäkningen för sjukhuset. För ifrågavarande uppgifter ha sålunda beräknats 2 skrivbiträden vid radiologiska kliniken och 1 registrator vid sjukhusets centralarkiv (se kap 13). Det är emellertid icke uteslutet att efterkontroll så småningom visar sig påkallad i ännu större utsträckning än som sålunda förutsatts. Man synes därför böra inrikta sig på att vid en dylik utveckling en förstärkning av arkiv- och — i mindre utsträckning — även läkarpersonalen kan bliva erforderlig.

D. Inackordering för patienter i öppen vård.

Vissa av de ovan angivna klinikerna äro av den art, att den öppna vården kommer att intaga en stor plats. Sålunda torde den foniatriska polikliniken och den i Del II av detta betänkande föreslagna centrala tandvårdsanstalten praktiskt taget helt komma att arbeta i öppen vård. Men även de radiologiska, dermatovenerologiska och plastikkirurgiska klinikerna kunna räkna med ett stort klientel i öppen vård. Nödvändigheten att spara på den knappa sjukvårdskunniga arbetskraften framträder även med skärpa och understryker behovet av att klientelet icke utan klara medicinska skäl inlägges på sjukavdelningarna. En stor del av ifrågavarande patienter komma på grund av upptagningsområdets storlek att helt sakna anhöriga eller andra privata anknytningar i förläggningssorten där de kunna erhålla kost och husrum. Åtskilliga komma även att ha mycket begränsade ekonomiska resurser. Under sådana förhållanden synes det erforderligt att det allmänna i viss mån biträder patienterna med anskaffande av kost och bostad. Detta kan ske antingen genom att driva ett s. k. poliklinikhem eller gästhem i sjukhusets regi eller genom att sjukhuset biträder patienterna med anskaffning av inackordering på förläggningssorten.

Poliklinikhem eller gästhem torde hittills endast ha anordnats i sådana fall då sjukdomens karaktär medför svårigheter för patienterna att vistas på vanliga inackorderingsställen, exempelvis för vanföra (vid Vanförestalten i Stockholm) och för patienter med hudtuberkulos (vid Finseninstitutet). Av i viss mån annan karaktär äro s. k. E- (eller B-) platser vid de allmänna sjukhusen. Dessa platser äro i första hand avsedda för efterbehandlingspatienter, d. v. s. för uppegående sjuka, som ännu behöva för fortsatt undersökning eller behandling vara i nära kontakt med sjukhuset. Karolinska sjukhuset har inga sådana platser. Däremot planerar Stockholms stad att anordna sådana vid flera sjukhus. Några E- (B-) avdelningar ha ännu icke inrättats i Norrland. Enligt vad norrlandskommittén under hand inhämtat från statens sjukhusutredning, som har frågan om inrättande av här ifrågavarande avdelningar under utredning, skulle omkring 15 % av patienterna på sjukhusens A-avdelningar kunna överföras till E- (B-) avdelningar. Måhända kommer även frågan om inrättande av poliklinikhem att upptagas till diskussion av statens sjukhusutredning. Under sådana förhållanden finner norrlandskommittén icke lämpligt att nu föreslå inrättandet av ett poliklinikhem vid den centrala sjukvårdsanstalten. I varje fall torde man böra invänta någon tids erfarenhet av behovet innan man igångsätter en pensionatsverksamhet i sjukhusets regi. I förekommande fall d. v. s. framförallt beträffande patienter vid foniatriska, radiologiska, dermatovenerologiska och plastikkirurgiska klinikerna samt vid tandvårdsanstalten synes kuratorsexpeditionen böra sörja för att tillfredsställande inackorderingsställen stå till förfogande. Lämpligen kan även sjukhuset

träffa avtal med pensionat av god standard att eventuellt med viss subvention tillhandahålla inackordering till lågt pris för ifrågavarande patienter. I den mån dylika inackorderingsställen icke finnas att tillgå i erforderlig utsträckning på sjukhusets förläggningssort, synes det ligga nära till hands att landstinget vidtager erforderliga åtgärder för att häva bristen. Västerbottens läns landsting har i förevarande avseende lämnat vissa ut-
fästelser (se bil. V).

Kap. 11. Norrlandssjukhuset som utbildningsanstalt.

Det är givet att en anstalt av norrlandssjukhusets kapacitet bör utnyttjas även för utbildningsändamål i den mån behov därav föreligger. För närvarande är det närmast inom 3 områden (om man bortser från tandvården) som en utbildningsverksamhet vid norrlandssjukhuset torde böra diskuteras. För det första synes det föreligga ett uppenbart behov av specialistutbildning för läkare på vissa av de områden för vilka redogörelse lämnats i det föregående. Vidare synes det önskvärt att till sjukhuset förlägga kurser motsvarande de 3-veckors repetitionskurser för tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare, som f. n. med vissa mellanrum anordnas i Stockholm och Göteborg. Slutligen föreligger ett speciellt i Norrland markerat behov av en distriktssköterskeskola med förlossningsutbildning. Dessa tre utbildningsfrågor behandlas i det följande.

Man synes böra räkna med att behov i en framtid kan uppstå av att anordna utbildningsverksamhet vid sjukhuset även inom andra områden än de nyss nämnda. Någon anledning att i förevarande läge vidtaga särskilda dispositioner med hänsyn härtill synes emellertid icke föreligga.

A. Specialistutbildning av läkare inom vissa områden.

Utbildning av läkare efter avlagd medicine licentiatexamen för olika uppgifter inom landets hälso- och sjukvårdsorganisation har behandlats i ett betänkande av särskilda inom ecklesiastikdepartementet tillkallade sakkunniga (S.O.U. 1945:56). De sakkunniga framhålla, att de underordnade läkartjänsterna böra regleras med hänsyn till såväl sjukvårdens som utbildningens intressen. Ur sjukvårdssynpunkt är det lämpligt att läkarna få ha kvar sina underläkartjänster relativt lång tid så att en önskvärd kontinuitet skapas. Emellertid får detta icke föranleda att utbildningens intressen eftersättas. De äldre underläkarna hålla sig gärna kvar vid sjukhusen och stänga härigenom utbildningsplatser för de yngre. Huvudmännen för sjukhusen och överläkarna ha icke alltid ansett förenligt med sitt intresse att motarbeta denna tendens. Med hänsyn till det anförda uttala de sakkunniga, att det synes erforderligt att verkställa en rättvisare för-

delning av de utbildningsmöjligheter som de underordnade sjukhusläkartjänsterna erbjuda. De sakkunnigas ståndpunkt i förevarande fråga kan sammanfattas på följande sätt:

Enligt läkarutbildningssakkunnigas förslag bör man noga skilja mellan de underordnade läkartjänster, vilka icke böra utnyttjas för utbildning, och de som böra utnyttjas för undervisning. De förra tjänsterna ha de sakkunniga betecknat som 1:e underläkartjänster. På dessa tjänster böra förordnas läkare, vilka redan ha sin specialistutbildning klar eller åtminstone i det närmaste klar. De skola kunna erhålla omförordnanden samt kunna räkna med en karriär som sjukhusläkare. Vidare skola de kunna förordnas som biträdande överläkare.

De tjänster, som utnyttjas för undervisning, kunna uppdelas i tre grupper, nämligen grundutbildningstjänster, specialistutbildningstjänster och randutbildningstjänster.

Grundutbildningstjänsterna sakna i detta sammanhang i stort sett intresse, då det gäller underläkartjänster endast vid odelade lasarett samt allmänna medicinska och kirurgiska avdelningar. På dessa tjänster skola de nyordna licentiaterna kunna erhålla en första allmän erfarenhet av sjukhusarbete.

På specialistutbildningstjänsterna få läkarna sedan sin specialutbildning. Hur många specialistutbildningstjänster, som skola finnas inom olika specialområden, är helt beroende på behovet av specialutbildade läkare inom berörda områden. Inom vissa områden ha de sakkunniga föreslagit, att endast högskoletjänsterna skola utnyttjas för specialistutbildning, under det att inom andra områden, där en stor brist på läkare föreligger, de sakkunniga föreslagit, att alla till buds stående tjänster utnyttjas för specialistutbildning. Endast härigenom kan man inom dessa områden inom överskådlig tid täcka läkarbehovet.

Randutbildningstjänster äro till för att skapa möjlighet för läkarna att skaffa sig viss utbildning inom den egna specialiteten närliggande områden. På dessa tjänster lämnas förordnanden i allmänhet på endast ett år.

Enligt de sakkunnigas förslag skall det ankomma på medicinalstyrelsen att avgöra vilken karaktär de underordnade tjänsterna vid landets sjukhus skola erhålla.

Vare sig man söker säkerställa ett erforderligt antal utbildningsplatser i enlighet med de sakkunnigas förslag eller på annat sätt, synes det tydligt att vissa av underläkartjänsterna vid Norrlandssjukhuset böra utnyttjas för att tillgodose det utbildningsbehov som må föreligga. Å andra sidan är det klart att man i nuvarande läge icke kan exakt avgöra i vilken utsträckning underläkartjänsterna böra betecknas som utbildningstjänster (specialistutbildningstjänster eller randutbildningstjänster). De sakkunniga ha verkställt vissa utredningar rörande utbildningsbehovet och utbildningsmöjligheterna inom olika specialområden. Det synes norrlandskommittén med hänsyn bland annat till vad därvid framkommit uppenbart att ett behov av ökat antal läkare särskilt inom specialiteterna dermato-venerologi, plastikkirurgi, anestesi och neurologi föreligger liksom att svårigheter finnas att med nuvarande utbildningsmöjligheter få detta behov tillgodosett. Ökade utbildningsmöjligheter inom dessa specialiteter äro sålunda önskvärda. De torde i avsevärd utsträckning kunna tillgodoses vid norrlands-sjukhuset.

Vid laboratorierna har norrlandskommittén icke räknat med några underläkartjänster. Kommittén har ansett lämpligast att härvidlag avvakta någon tids erfarenhet för att få en uppfattning om verksamhetens omfattning. Tillsvidare torde utbildningen inom dessa områden — liksom hittills — huvudsakligen böra förläggas till de medicinska högskolornas teoretiska institutioner eller därmed jämförliga inrättningar.

Norrlandskommittén finner sålunda, att Norrlandssjukhuset inom viktiga specialområden av medicinen — närmast dermato-venereologi, plastisk kirurgi, anesthesi och neurologi — skulle komma att utgöra ett välbehövt komplement till redan befintliga utbildningsanstalter. Det anförda har närmast haft avseende å specialistutbildningstjänsterna. I huvudsak liknande synpunkter torde emellertid även kunna läggas på randutbildningstjänsterna.

B. Repetitionskurser för läkare.

För utbildning i socialmedicin och socialhygien anordnas för närvarande s. k. *tjänsteläkarkurser* avsedda för provinsial-, extra provinsial-, stads-, köpings- och municipalläkare. Kurserna anordnas av Statens Institut för Folkhälsan och omfatta 7—8 veckors undervisning med föreläsningar, demonstrationer och studiebesök. De äro ej obligatoriska för tjänsteläkar-kompetens. För vinnande av behörighet till förste provinsialläkartjänst kräves genomgång av s. k. *ämbetsläkarkurs*. Sådana kurser anordnas numera likaledes av Statens Institut för Folkhälsan och omfatta en tid av 6 veckor.

Med hänsyn till att tonvikten vid dessa båda kurser huvudsakligen ligger på hygien, sociallagstiftning och administration, torde ingen sådan kurs åtminstone för närvarande böra anordnas vid Norrlandssjukhuset.

Vid sidan av de ovan berörda, mera specialbetonade kurserna, anordnas numera regelbundna *repetitionskurser* för läkare med huvudvikten lagd vid läkekonstens landvinningar under de senaste åren. Dessa kurser, som taga c:a 3 veckor i anspråk, äro förlagda till Stockholm och Göteborg. Kursprogrammet fastställes av medicinalstyrelsen i samverkan med Karolinska institutets lärarkollegium och Göteborgs högskolas lärarkollegium. Deltagare utses av medicinalstyrelsen efter öppet ansökningsförfarande. Vissa bidrag av statsmedel till kurskostnader liksom till stipendier och resekostnadsbidrag ha anvisats för de senaste budgetåren. Kurserna äro avgiftsfria för deltagarna. Kursernas huvudändamål är att bereda i främsta rummet tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare tillfälle att följa med de medicinska vetenskapernas framsteg på olika områden och sålunda göra dem så skickade för sitt dagliga arbete som möjligt. Ett önskemål är att varje icke sjukhusläkare beredes möjlighet att delta i sådana

kurser vart 5:te år. Enligt uppgift av läkarutbildningssakkunniga är ungefär $\frac{1}{3}$ av läkarkåren att hänföra till kategorien tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare ($\frac{1}{6}$ vardera). Då läkarkåren omfattar omkring 4,500 läkare borde med angivna utgångspunkter omkring 1 500 läkare beredas tillfälle deltaga i en sådan kurs vart 5:te år, d. v. s. det årliga platsantalet vid ifrågavarande kurser skulle uppgå till omkring 300. Hittills torde emellertid icke mer än 80 platser ha stått till förfogande — 50 i Stockholm och 30 i Göteborg. En avsevärd utbyggnad av denna kursverksamhet synes sålunda önskvärd. Emellertid är att märka att den aktuella läkarbristen medfört betydande svårigheter att få vikarier för deltagarna vid kurserna. Av denna anledning måste Göteborgskursen hösten 1946 inställas. Det är i nuvarande läge svårt att angiva när en lättnad i dessa förhållanden kan inträda. Härvidlag inverka flera faktorer bl. a. frågan om inrättande av en medicinsk högskola i Göteborg. Emellertid synes det otvivelaktigt att så småningom ett stort behov av att utöka den nuvarande kursverksamheten kommer att göra sig gällande. Därvid bör givetvis Norrlandssjukhuset utnyttjas. Den närmare utformningen av kursprogrammet bör ske för var kurs för sig med hänsyn till den medicinska utvecklingen under den närmast förflutna tiden. Planen torde böra fastställas av medicinalstyrelsen och företaget erhålla statligt finansiellt stöd i samma omfattning, som utgår eller kommer att utgå till motsvarande kurser på andra orter. Då Norrlandssjukhuset för övriga undervisningsuppgifter (sjuksköterskeskola m. m.) måste förses med föreläsningsslokaler, torde ett upptagande av repetitionskurser för tjänsteläkare på dess program icke medföra någon ytterligare belastning av byggnads- eller utrustningskontona.

C. Distriktssköterskeskola med förlossningsutbildning.

I skrivelse den 5 december 1946 framlade norrlandskommittén vissa förslag rörande distriktssköterskornas verksamhet. Det framhölls i nämnda skrivelse bland annat att det syntes i hög grad angeläget att ytterligare utbygga och effektivisera distriktssköterskeorganisationen i Norrland. I detta sammanhang anförde kommittén vidare:

»Norrbottnens län har ett stort antal vakanser som måste fyllas. Distrikten i Västerbottens län äro oproportionerligt stora jämfört med övriga landstings. Det vitsordas allmänt, att sköterskorna ha svårt att ägna tillbörlig tid åt alla sina olika arbetsuppgifter. Den alldeles särskilda betydelsen för de glesbebyggda delarna av landet av distriktssköterskornas verksamhet understrykes förutom av den höga spädbarnsdödligheten och t. b. c.-frekvensen framför allt av den många gånger absoluta bristen på andra hjälporgan inom skäligt avstånd.

I detta läge synes man i första hand böra överväga, vilka åtgärder som kunna företagas för att fylla vakanserna på distriktsskötersketjänsterna. Dessa äro som

nyss nämnts bland ifrågavarande län särskilt framträdande i Norrbotten (28 av 90 tjänster äro obesatta). Kommittén räknar härvidlag med att inrättande av en centralt i Norrland belägen distriktssköterskeskola av ny typ skall i avsevärd grad medverka till en ökad tillströmning till ifrågavarande tjänster.»

På tal om distriktssköterskornas och distriktsbarnmorskornas arbetsuppgifter redogjorde kommittén därefter för en genom kommitténs försorg verkställd utredning rörande antalet anstalts- och hemförlossningar i Västerbottens län och anförde i anslutning härtill följande:

»Som av det föregående framgår är läget i stora delar av Norrland redan nu sådant, att något utrymme för en kvinnlig tjänsteman med huvudsaklig uppgift att assistera vid hemförlossningar knappast finnes. Där förlossningsanstalt finnes att tillgå på orten, blir det närmast en fråga om nödfallsförlossningar. För de i dessa trakter synnerligen sällsynta fall, då mödrarna föredraga hemförlossning, synes det knappast kunna krävas att det allmänna skall tillhandahålla så ensidigt specialutbildad personal som barnmorskor. Om befolkningsutredningens förslag om statsbidrag till förlossningsanstalter genomföres, synes det troligt, att utbyggnaden av den slutna förlossningsvården fortsätter (en utveckling som norrlandskommittén i annat sammanhang förordat) varigenom behovet av distriktsbarnmorskor i flertalet av de norrländska distrikten ytterligare skulle minskas, under det att behovet av anstaltsbarnmorskor ökas. Givetvis bör emellertid även i de distrikt, som få tillgång till förlossningsanstalt, möjligheter att erhålla hjälp vid förlossning i hemmet bibehållas för de mödrar, som så önska, samt vid för tidiga förlossningar etc. Härvid synes man i stora delar av Norrland vara bäst betjänt med befattningshavare som erhållit kombinerad distriktssköterske-förlossningsutbildning, även om dylika befattningshavare givetvis icke kunna upprätthålla samma rutin vid förlossningar som därmed ständigt sysselsatt personal.»

Kommittén visade genom en särskild utredning att en ökning av antalet sköterskedistrikt i Norrland var synnerligen önskvärd och framhöll, att förslaget om ett sammanförande i vissa fall av distriktssköterskornas och distriktsbarnmorskornas arbetsuppgifter i allmänhet icke borde få medföra en minskning av antalet befattningshavare utan i första hand syftade till att skapa en ur arbets- och vårdsynpunkt lämplig tjänstemannakår. Om två kvinnliga distriktstjänstemän erfordrades, oaktat antalet hemförlossningar var mycket ringa, syntes befolkningen vara bättre betjänt av två tjänstemän med kombinerad distriktssköterske-förlossningsutbildning än av en distriktssköterska och en distriktsbarnmorska. Kommittén förordade med hänsyn till det anförda, att vid inträffande vakanser samt vid inrättande av nya tjänster distriktsbarnmorskorna och distriktssköterskorna i distrikt med särskilt lågt antal hemförlossningar successivt skulle ersättas med alltefter behovet en eller flera befattningshavare, som genom sin utbildning blivit kompetenta att handhava såväl distriktssköterskornas som distriktsbarnmorskornas nuvarande uppgifter.

Med åberopande av vad som sålunda anförts rörande vikten av att erhålla ett ökat antal distriktssköterskor i Norrland — såväl för att fylla förefintliga vakanser som för att öka antalet distrikt — och med hänsyn

till det särskilt i glesbebyggda trakter markerade behovet av distriktssköterskor med förlossningsutbildning, föreslog norrlandskommittén, att en distriktssköterskeskola skulle inrättas i Norrland och förläggas till det stora centralsjukhus varom förslag senare skulle framläggas av kommittén samt att vid denna skola även skulle anordnas utbildning i förlossningsvård.

Kompetens som distriktssköterska kan än så länge endast ernås genom att efter viss tids sjuksköterskeutbildning genomgå särskild distriktssköterskeskola. Distriktssköterska som önskar förvärva kompetens att handhava förlossningar måste dessutom genomgå barnmorskeläroanstalt. Sjuksköterskornas utbildningsfrågor äro för närvarande under utredning av 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildning (i det följande benämnd utbildningskommittén). Enligt direktiven skall nämnda kommitté bl. a. särskilt beakta möjligheten att — framförallt med tanke på behovet i mera glesbefolkade landsdelar — få fram en utbildning som leder till den ovan berörda dubbelkompetensen (distriktssköterska med förlossningsutbildning).

Sedan norrlandskommitténs ovan berörda skrivelse avgivits har utbildningskommittén — med vilken norrlandskommittén hållit kontakt i förevarande fråga — i skrivelse den 29 januari 1947 föreslagit att två nya skolor för utbildning av distriktssköterskor skola inrättas i landet. Dessa skolor skulle vara av en ny typ som direkt ledde fram till distriktssköterskekompetens.

I en av Göteborgs och Bohus läns landsting upprättad promemoria, vilken bilagts utbildningskommitténs nyssnämnda skrivelse, har landstinget uttalat sig för att en sköterska, som utexaminerats från en sådan distriktssköterskeskola, utan alltför stora svårigheter borde kunna beredas möjlighet att i omedelbar anslutning till sin examen genomgå en för ändamålet utformad koncentrerad barnmorskeutbildningskurs så att kompetens som sköterska-barnmorska kunde erhållas. Utbildningskommittén synes emellertid icke i sin skrivelse ännu ha tagit ställning till denna fråga.

Utbildningskommittén har räknat med Göteborg som förläggningsort för den ena av de två föreslagna distriktssköterskeskolorna. I fråga om den andra har kommittén anfört följande:

»Såsom tidigare framhållits kräves ytterligare en distriktssköterskeskola, om distriktsvården skall kunna tillgodoses i erforderlig grad. Norrlandskommittén har i sin förenämnda skrivelse den 5 december 1946 hemställt att en skola för utbildning av distriktssköterskor med barnmorskekompetens måtte förläggas till Norrland. Sjuksköterskekommittén vill understryka behovet av en dylik utbildningsanstalt. En förutsättning för anläggandet av en sådan skola i Norrland torde emellertid vara att erforderligt antal utbildningsplatser och goda lärarkrafter kunna erhållas därstädes. Då möjligheterna härtill för närvarande icke kunna fullt överblickas

bland annat på grund av att frågan om inrättande av den av norrlandskommittén berörda centrala sjukvårdsanstalten i Norrland ännu icke tagit fastare form, har kommittén icke ansett sig kunna nu framlägga förslag om distriktssköterskeskola i Norrland.»

Norrlandskommittén får i anledning av det anförda först framhålla, att det givetvis synes ändamålsenligt att — därest Norrlandssjukhuset kommer till utförande — distriktssköterskeskolan förlägges dit, bl. a. med hänsyn till de goda lärarkrafter som där komma att stå till förfogande, men att å andra sidan tillkomsten av ett dylikt sjukhus knappast torde vara en oundgänglig förutsättning för inrättandet av en distriktssköterskeskola i Norrland.

Frågan om antalet utbildningsplatser vid en sådan skola torde närmast bero på förhållandena vid det centrallasarett som — enligt vad som föreslås i det följande — skall fungera som modersjukhus till den här ifrågasvarande specialistanstalten. Av särskild betydelse är sålunda storleken av de medicinska och kirurgiska klinikerna, barnkliniken och den obstetrik-gynekologiska kliniken vid modersjukhuset samt elevantalet vid en eventuellt redan befintlig sjuksköterskeskola vid samma sjukhus. Sjuksköterskeskolor finnas i Umeå, Östersund och Sundsvall men däremot icke i Norrbotten. Antalet intagna elever var år 1946 47 resp. 32 och 30. För Norrbottens behov anordnas årligen några månaders kurs vid Umeå lasarett för omkring 20 elever (dessa ingå i siffran 47.) Denna kurs omfattar huvudsakligen teoretisk undervisning. Den praktiska undervisningen meddelas på olika lasarett i Norrbotten samt vid Umeå lasarett. Det skulle kunna ifrågasättas, huruvida Umeå lasarett med hänsyn till belastningen med norrbottenskurserna och landstingets egen sjuksköterskeskola skulle kunna erbjuda tillräckligt antal utbildningsplatser även för en skola av här ifrågasvarande typ. Av särskild betydelse härvidlag är kanske kvinno-klinikens och barnklinikens storlek. I detta sammanhang hänvisas till den i bil. I lämnade redovisningen för de olika klinikernas omfattning vid lasaretten i Umeå, Sundsvall och Sollefteå samt utbyggnadsplanerna vid samma sjukhus. Som därav framgår planeras inrättandet av en gynekologisk avdelning i Umeå på 30 platser och en utbyggnad av barnavdelningen på samma plats från 26 till 41 platser. Härtill må anmärkas att Västerbottens läns landsting beslutat inrätta en avdelning för barnsjukdomar på 25 platser vid Skellefteå lasarett, samt att Norrbottens läns landsting disponerar en barnavdelning vid Garnisonssjukhuset i Boden under särskild överläkare på 20 platser. Det synes knappast böra möta något hinder att utnyttja dessa platser för undervisning och härigenom erhålla en avlastning av utbildningsplatserna vid Umeå lasarett.

Vid beräkningen av antalet utbildningsplatser är vidare att märka, att hänsyn bör tagas till hela landets behov av distriktssköterskor — med och

utan förlossningskompetens — och icke endast till de norrländska landstingens. Det synes närmast böra ankomma på utbildningskommittén eller medicinalstyrelsen att verkställa denna uppskattning.

Därest ifrågavarande skola kommer att förläggas till Norrlandssjukhuset d. v. s. till ett av landets största sjukhus och i centrum av ett relativt tätt befolkat område synes man kunna räkna med att det icke möter några oöverstigliga svårigheter att erhålla kvalificerade lärare i de teoretiska ämnen vid skolan. Det synes emellertid antagligt att lärarfrågan skall kunna ordnas tillfredsställande även om Norrlandssjukhuset icke skulle komma till stånd. Närmare utredning torde i båda fallen böra ankomma på medicinalstyrelsen eller utbildningskommittén.

I enlighet med vad som anförts i det föregående synes Kungl. Maj:t — sedan 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen uppdragit allmänna riktlinjer för sjuksköterskeutbildningens ordnande innefattande jämväl riktlinjer för utbildning av distriktssköterskor med kompetens att handhava förlossningar — böra uppdraga åt medicinalstyrelsen eller nämnda kommitté att snarast utarbeta detaljerat förslag till en distriktssköterskeskola i Norrland, vid vilken skola om möjligt jämväl bör beredas tillfälle för vissa distriktssköterskor att erhålla kompetens att handhava förlossningar. Förslag synes även böra utarbetas till kompletteringskurser i förlossningsvård för distriktssköterskor som tidigare erhållit distriktssköterskeutbildning.

Kap. 12. Förläggningssort.

I fråga om den lämpligaste förläggningssorten för ett norrländskt centralsjukhus är det närmast tre synpunkter som kräva beaktande.

1. Sjukhuset bör vara så centralt beläget som möjligt inom upptagningsområdet. Härvid måste hänsyn tagas såväl till det rena a) avståndsmomentet som till b) befolkningsfördelningen inom det område som här avses — de fyra nordligaste länen — och icke minst till c) kommunikationsförhållandena.
2. Orten bör vara belägen i centrum av en relativt betydande tätortsbebyggelse och helst även utgöra huvudort för ett större område.
3. Modersjukhuset måste vara ett fullt utbyggt centrallasarett.

Med angivna utgångspunkter kan man från början fastslå, att orter inom Norrbottens och Jämtlands län såväl ur befolkningsgeografisk synpunkt som med hänsyn till avståndsmomentet knappast böra ifrågakomma som förläggningsplats för sjukhuset. I Västerbottens län är Umeå den bäst belägna platsen. I Västernorrlands län synes man närmast böra uppmärksamma Sundsvall och Sollefteå. Härvid har kommittén, som tidigare angivits, räknat med Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län som upptagningsområde för anstalten (siffrorna för Hälsingland ha emellertid även medtagits alternativt). Att Gästrikland icke bör medtagas synes uppenbart. Restiden Stockholm—Gävle uppgår endast till den efter norrlandsförhållanden obetydliga tiden av något över 3 timmar, och avståndet mellan Stockholm och Gävle är (utmed järnvägen) något kortare än mellan Umeå och Skellefteå. Anledningen till att sydgränsen för upptagningsområdet preliminärt dragits vid norra gränsen av Hälsingland är att befolkningen söder om denna gräns knappast har längre avstånd till Stockholm än åtskilliga orter i södra Sverige, som för viss specialistvård av ifrågavarande slag äro hänvisade till anstalter i Stockholm.

1 a) En blick på karta 1 (se sid. 76) utvisar att samtliga tre ifrågavarande städer äro belägna i södra delen av upptagningsområdet. Umeå är dock mycket centralt beläget. Sundsvall är beläget endast några mil från sydgränsen (om Hälsingland icke medräknas, eljest omkring 15 mil från sydgränsen). Avståndet till nordligaste delen av upptagningsområdet är från Sundsvall omkring 75 mil.

b) En jämförelse mellan de tre städerna ur *befolkningsgeografisk synpunkt* ger vid handen följande¹:

Folkmängden inom upptagningsområdet för det ifrågasatta centralsjukhuset utgör 880 000 (1 035 000) personer. Väljes Sundsvall som förläggningssort, kan man räkna med att befolkningen i Härjedalen, Bergs tingslag i Jämtland och halva Medelpadsbefolkningen (samt Hälsingland) befinna sig söder om förläggningssorten². Invånareantalet i detta område är 79 000 (234 000). Invånareantalet norr om Sundsvall är 801 000. Söder om Sollefteå finnas 306 000 (461 000) och norr därom 574 000 personer. Till den södra delen av området ha då hänförts Jämtlands län med undantag av Hammerdals tingslag, landskapet Medelpad, Ångermanlands södra domsaga, hälften av Ångermanlands mellersta domsaga med staden Sollefteå samt Härnösand. Motsvarande beräkning för Umeå utvisar, att söder om staden finnas 473 000 (628 000) personer och norr om staden 407 000 personer. Västerbottens län har härvid uppdelats på så sätt, att hela befolkningen inom Nordmalings och Bjurholms samt Åsele tingslag, samt hälften av befolkningen i Umeå stad och Umeå domsagas tingslag förts till områdets södra del, övrig befolkning i länet till dess norra del.

Enligt de anförda siffrorna ligger såväl Sollefteå som Umeå någorlunda centralt inom det tänkta upptagningsområdet, medan däremot Sundsvall även ur befolkningsgeografisk synpunkt är beläget i utkanten av området. Sollefteå ligger något söder och Umeå något norr om befolkningstyngdpunkten, varför ur förevarande synpunkt något bestämt företräde icke kan givas åt någon av dessa orter.

Vid en befolkningsgeografisk undersökning med här ifrågavarande syfte synes man jämväl böra undersöka, hur stor del av den samlade folkmängden inom upptagningsområdet, som har närmast till respektive städer. Vid en dylik beräkning måste man givetvis jämföra de ifrågavarande orterna parvis. En sådan jämförelse mellan Sundsvall och Umeå ger vid handen, att de båda städerna äro ganska likställda om än med något företräde för Umeå. Umeå kan förutsättas ligga bekvämast till för befolkningen i Norrbottens och Västerbottens län samt i Ångermanlands norra domsaga (inkl. Örnsköldsvik), vilken befolkning utgör 515 000 (515 000) personer. Inom återstående delar av upptagningsområdet kommer ett invånarantal av 365 000 (520 000) personer för vilka alltså Sundsvall har det gynnsammaste läget. Jämföres den senare staden med Sollefteå, finner man att sistnämnda stad ligger bäst till ur ifrågavarande synpunkt. Folkmängden inom den del av upptagningsområdet som ligger närmare Sollefteå än

¹ Folkmängdsuppgifterna avse årsskiftet 1945/46 och äro hämtade ur S. O. S. Folkmängden inom administrativa områden den 31 december 1945 (vid tiden för uppgifternas sammanställande förelägo ännu icke resultat från 1945 års folkräkning). De befolkningstal, där Hälsingland medräknats, angivas i det följande inom parentes och kommenteras endast på någon enstaka punkt.

² Här liksom i det följande har vid beräkningen av folkmängden norr resp. söder om en plats viss hänsyn tagits till älvdalarnas sträckning.

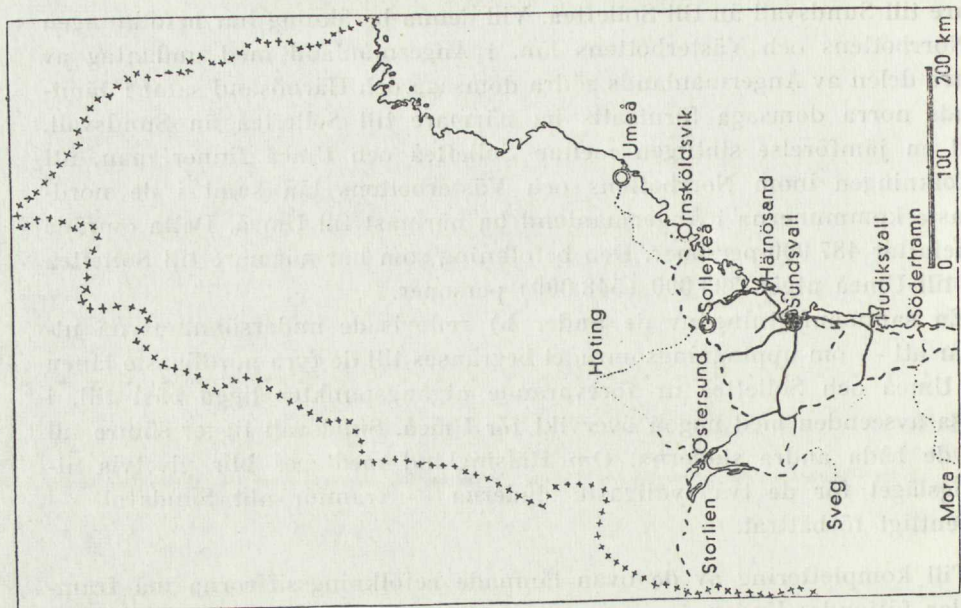
Sundsvall uppgår till 627 000 personer mot 253 000 (408 000) som ha närmare till Sundsvall än till Sollefteå. Vid denna beräkning har befolkningen i Norrbottens och Västerbottens län, i Ångermanland med undantag av södra delen av Ångermanlands södra domsaga och Härnösand samt i Jämtlands norra domsaga förutsatts ha närmare till Sollefteå än Sundsvall. Vid en jämförelse slutligen mellan Sollefteå och Umeå finner man, att befolkningen inom Norrbottens och Västerbottens län samt i de nordligaste kommunerna i Ångermanland ha närmast till Umeå. Detta område innefattar 487 000 personer. Den befolkning som har närmare till Sollefteå än till Umeå utgör 393 000 (548 000) personer.

En sammanfattning av de under b) redovisade undersökningarna utvisar att — om upptagningsområdet begränsas till de fyra nordligaste länen — Umeå och Sollefteå ur förevarande utgångspunkter ligga bäst till, i vissa avseenden med någon övervikt för Umeå. Sundsvall ligger sämre till än de båda andra städerna. Om Hälsingland medtages blir givetvis utgångsläget för de två sydligaste städerna — framför allt Sundsvall — väsentligt förbättrat.

Till komplettering av de ovan lämnade befolkningssiffrorna må framhållas följande: Under de senare decennierna kan man konstatera en avsevärd skillnad mellan befolkningsutvecklingen i övre och mellersta Norrland såtillvida som i mellersta Norrland befolkningstillväxten skett mycket långsamt och vissa år t. o. m. övergått i folkminskning medan övre Norrland fortfarande kännetecknats av en progressiv utveckling som främst föranletts av en förhållandevis hög fruktsamhet. Under de allra senaste åren har emellertid utflyttningen från de nordligaste länen varit så stark, att man måhända icke utan vidare kan räkna med att den förskjutning av befolkningstygndpunkten norrut, som under ganska lång tid pågått, kommer att utgöra ett stadigvarande moment i befolkningsutvecklingen.

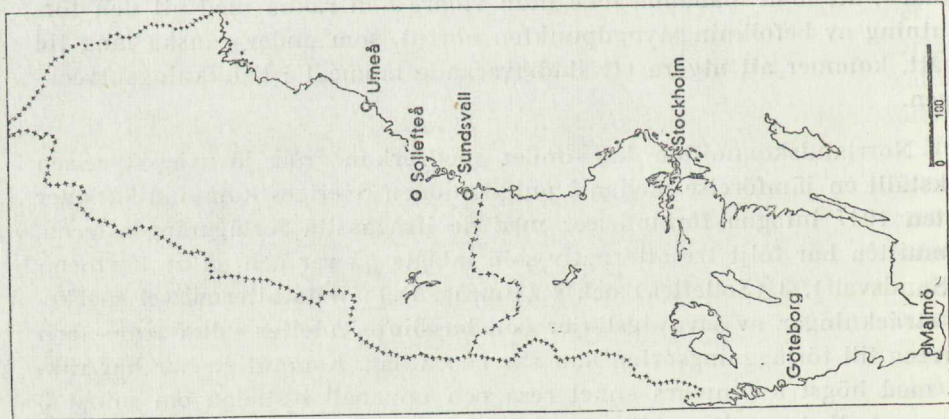
c) Norrlandskommittén har under medverkan från järnvägsstyrelsen verkställt en jämförelse mellan i publikationen Sveriges kommunikationer hösten 1947 intagna förbindelser med de ifrågasatta förläggningssorterna. Kommittén har följt tre alternativ som inlagts på var och en av kartorna 2 (Sundsvall), 3 (Sollefteå) och 4 (Umeå). Det första alternativet markerar sträckningar av järnvägslinjer och busslinjer utefter vilka fram- och återresa till förläggningssorten kan ske på en dag. Kommittén har här räknat med högst 5 timmars enkel resa och uppehåll i staden om minst 3 timmar (vilket ansetts möjliggöra besök å lasarettet). Detta alternativ är markerat med heldragna linjer. De andra och tredje alternativen, varvid återresa förutsattes ej kunna äga rum samma dag, markera sträckningar av järnvägslinjer och busslinjer med en enkel resa av högst 7½ timmar (sträckade linjer) respektive 10 timmar (prickade linjer). En analys av

KARTA 2.
Järnvägs- och bussförbindelser med
SUNDSVÄLL
(enl. »Sveriges Kommunikationer» hösten 1947)



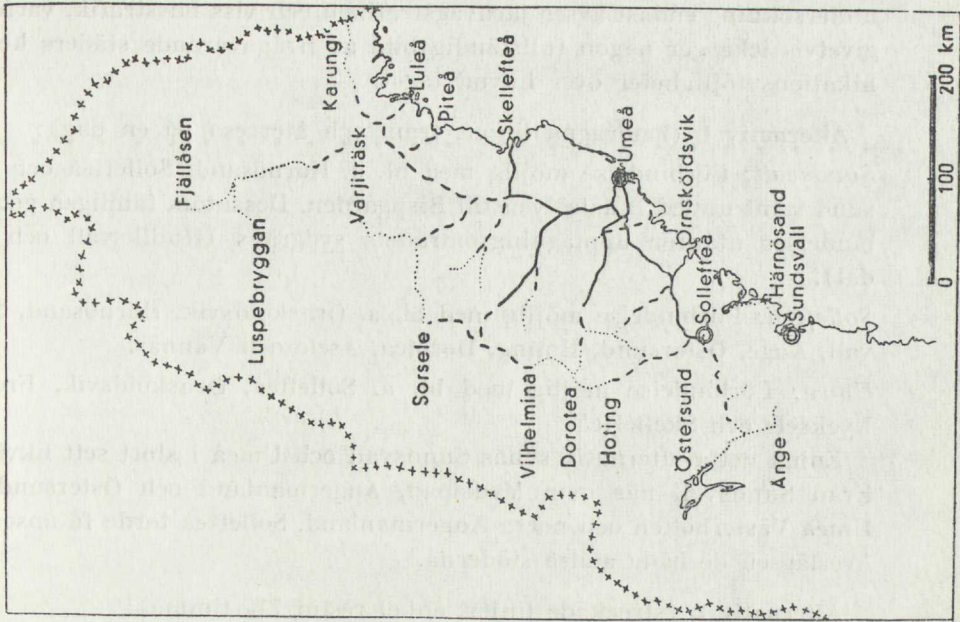
Fram- och återresa möjlig på dagen (varje resa högst 5 tim., uppehåll på sjukhusorten minst 3 tim.)
Enkel restid högst 7½ tim.

KARTA 1.
De diskterade förläggningssorterna
belägenhet inom sjukhusets
upptagningsområde.



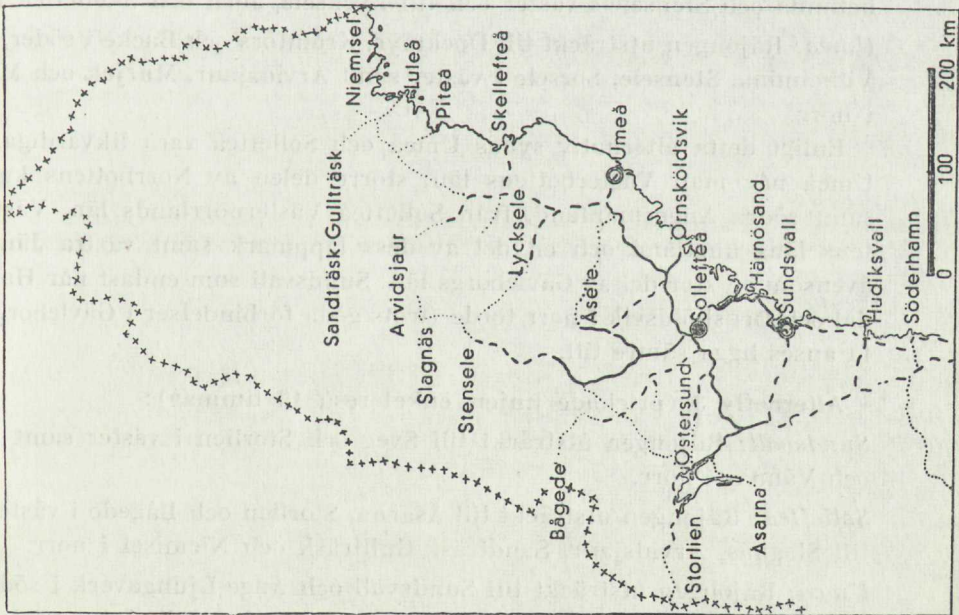
Den korsade linjen markerar upptagningsområdets sydgrens, om denna drages norr om Hälsingland.

Karta 4.
Järnvägs- och bussförbindelser med
UMEA
(enl. »Sveriges Kommunikationer» hösten 1947)



Teckenförklaring, se karta 2.

Karta 3.
Järnvägs- och bussförbindelser med
SOLLEFTEA
(enl. »Sveriges Kommunikationer» hösten 1947)



Teckenförklaring, se karta 2.

kartorna ger nedanstående resultat. Det bör ihågkommas, att ifrågavarande undersökning endast avser järnvägstrafiken och viss busstrafik, varför den givetvis icke ger någon fullständig bild av ifrågavarande städers kommunikationsmöjligheter över huvud taget.

Alternativ 1 (heldragna linjer, fram och återresa på en dag):

Sundsvall: Förbindelse möjlig med bl. a. Härnösand, Sollefteå och Östersund samt utmed Indalsälven till Bispgården. Dessutom tämligen goda förbindelser utanför upptagningsområdets sydgräns (Hudiksvall och Ljusdal).

Sollefteå: Förbindelse möjlig med bl. a. Örnsköldsvik, Härnösand, Sundsvall, Ånge, Östersund, Hoting, Dorotea, Åsele och Vännäs.

Umeå: Förbindelse möjlig med bl. a. Sollefteå, Örnsköldsvik, Fredrika, Lycksele och Skellefteå.

Enligt detta alternativ synas Sundsvall och Umeå i stort sett likvärdiga. Från Sundsvall når man Medelpad, Ångermanland och Östersund, från Umeå Västerbotten och norra Ångermanland. Sollefteå torde få anses klart överlägsen de båda andra städerna.

Alternativ 2 (streckade linjer, enkel restid 7½ timme):

Sundsvall: Räjongen utsträckt till Röjan och Enafors i väster samt Hammerdal och Örnsköldsvik i norr (Gävle i söder).

Sollefteå: Räjongen utsträckt över områdets sydgräns, samt till Åre, Vilhelmina och Stensele i väster och till Lycksele, Jörn och Skellefteå i norr.

Umeå: Räjongen utsträckt till Dockmyr, Kramfors och Backe i söder, Åsele, Vilhelmina, Stensele, Sorsele i väster samt Arvidsjaur, Murjek och Morjärv i norr.

Enligt detta alternativ synas Umeå och Sollefteå vara likvärdiga. Från Umeå når man Västerbottens län, större delen av Norrbottens kustland samt södra Ångermanland, från Sollefteå Västernorrlands län, Västerbottens läns kustland och en del av dess lappmark samt västra Jämtland, ävensom en stor del av Gävleborgs län. Sundsvall som endast når Hammerdal och Örnsköldsvik i norr torde (trots goda förbindelser i Gävleborgs län) få anses ligga sämre till.

Alternativ 3 (prickade linjer, enkel resa 10 timmar):

Sundsvall: Räjongen utsträckt till Sveg och Storlien i väster samt Hoting och Vännäs i norr.

Sollefteå: Räjongen utsträckt till Åsarna, Storlien och Bågede i väster samt till Slagnäs, Arvidsjaur, Sandträsk-Gullträsk och Niemisel i norr.

Umeå: Räjongen utsträckt till Sundsvall och Ånge-Ljungaverk i söder, Östersund, Hoting, Dorotea, Vilhelmina, Sorsele och Varjiträsk i väster samt Fjällåsen (mellan Kiruna och Malmberget) och Karungi i norr.

Alternativ 3 ger ungefär samma resultat som alternativ 2. Sollefteå når ej fullt så långt norrut som Umeå men har bättre förbindelser i Jämtland, Sundsvall når i norr icke nämnvärt över Ångermanlandsgränsen och ligger därför sämst till.

Kartorna visa ytterligare att Härjedalen (Sveg) endast i ett av de berörda alternativen har möjlighet att nå någon av de föreslagna förläggningssorterna, nämligen Sundsvall (med 10 timmars enkel resa).

En sammanfattning av de ovan under c) redovisade undersökningarna ger vid handen att Sollefteå i fråga om det mest betydelsefulla alternativet (fram och åter på dagen) ligger klart bäst av de 3 städerna. Även i de övriga alternativen ligger Sollefteå väl till. Här är dock Umeå likvärdigt. Sundsvall har goda förbindelser söder om upptagningsområdet (dock föga bättre än Sollefteå). Inom upptagningsområdet ligger Sundsvall sämst till enligt föreliggande undersökning.

Till belysning av de ifrågasatta förläggningssorternas kommunikationsförhållanden har slutligen genom järnvägsstyrelsens försorg upprättats en sammanställning av vissa restider enligt tidtabellen för hösten 1947 (bil. IV). Sammanställningen avser förläggningssorternas förbindelser med den största staden i var och en av de fyra nordligaste länen. Uppgifterna åter spegla givetvis i viss mån avståndet mellan respektive orter. Restiden mellan exempelvis Luleå och Sundsvall respektive Luleå och Östersund måste därför alltid bli betydande. Även restiderna på sträckorna Umeå—Östersund och Umeå—Sundsvall äro emellertid avsevärda. Förbindelserna mellan dessa städer synas icke tillfredsställande. Bland annat saknas helt möjlighet att erhålla genomgående sovvagn mellan städerna i fråga. De anförda förhållandena, som överhuvudtaget inverka menligt på samfärdseln mellan några av de ledande norrländska städerna, bli givetvis särskilt besvärande, därest de i detta betänkande föreslagna centrala institutionerna skulle förläggas till någon av nämnda städer. Detta kommer att utgöra ett ytterligare skäl för järnvägsstyrelsen att åvägabringa en förbättring av förbindelserna mellan nämnda städer. Norrlandskommittén förutsätter att så sker eventuellt genom insättande av snabbgående rälsbussar och rälssovbussar.

2) Som ett önskemål har inledningsvis framhållits att förläggningssorten bör vara belägen i *centrum av en relativt betydande tätortsbebyggelse* och helst även utgöra *huvudort* för ett större område. För att belysa de 3 städernas kvalifikationer i angivna avseende har kommittén verkställt en undersökning rörande invånarantalet inom cirklar som uppdragits kring var och en av de 3 städerna med 2, 5, 10 och 15 mils radie. Invånarantalet har uträknats efter samma källa som utnyttjats under b) ovan, och uppgifterna avse samma tidpunkt. Där cirklarna avskurit delar av

kommuner har en mot ytan svarande del av invånarantalet medräknats varvid justering skett med hänsyn till förekomsten av tätbebyggelse inom olika delar av resp. kommuner. Härvid har kommittén använt sig av en av W. William-Olsson på grundval av 1940 års folkräkning upprättad befolkningskarta. Resultatet av utredningen framgår av följande uppställning. De inom parentes angivna siffrorna innefatta även Hälsingland.

Tabell 11. Folkmängden i och omkring Sundsvall, Sollefteå och Umeå.

	Själva staden den 1/1 1946	R a d i e			
		2 mil	5 mil	10 mil	15 mil
Sundsvall	20.561	67.000	110.000 (119.000)	199.000 (276.000)	285.000 (435.000)
Sollefteå	7.743	18.500	79.000	258.000	396.000 (423.000)
Umeå	15.441	34.500	68.000	143.000	212.000

Angivna uppgifter utvisa att Sundsvall såväl inom 2-milsräjongen som 5-milsräjongen har ett avsevärt mycket högre invånarantal än Umeå och Sollefteå. Vid här ifrågavarande jämförelse torde det vara riktigast att i 5-milsräjongen även medräkna den befolkning, som är bosatt söder om hälsinglandsgränsen. Sundsvall torde även vara huvudort för den ojämförligt största delen av de 119 000 invånarna inom denna räjong. Siffrorna för 2-milsräjongen utvisa att Sundsvall har en samhällsbebyggelse av stads-karaktär av helt annan storleksordning än de övriga två städerna. Sollefteå har i själva staden och även inom 2-milsräjongen ett relativt obetydligt antal invånare. De höga siffrorna för 10- och 15-milsräjongerna utvisa dock att staden är centralt belägen ur befolkningsynpunkt. Sollefteå kan emellertid icke betecknas som huvudort för sin 5-milsräjong, som bl. a. innefattar Kramfors med därtill ansluten betydande tätortsbebyggelse, och ännu mindre för 10-milsräjongen, som ytterligare innefattar Sundsvall, Härnösand och Örnsköldsvik. Siffrorna för Umeå utvisa liksom för Sollefteå en relativt utpräglad tätbebyggelse t. o. m. 5-milsräjongen. 10- och 15-milsräjongerna äro emellertid mindre tätbefolkade än motsvarande räjonger för Sollefteå och Sundsvall. Umeå är emellertid den dominerande tätorten icke blott för 5- och 10-milsräjongerna utan även för 15-milsräjongen och för hela Västerbottens län. Umeå är den enda av de 3 ifrågavarande städerna som är residensstad.

Slutligen må i detta sammanhang framhållas att den lokala tätbebyggelsen är av stor betydelse för en anstalt av ifrågavarande slag som i stor utsträckning skall tjäna den öppna vården. Icke minst gäller detta tandvårdsanstalten. Därest utbildning av tandläkare skall äga rum på denna anstalt synes man nödsakad räkna med att ett visst minimalt befolknings-

underlag måste finnas på förläggningssorten och i dess närmaste omgivningar. Enligt i Del II kap. 25 redovisad utredning torde Sollefteå icke kunna anses uppfylla dessa krav.

3) I enlighet med vad som anförts i kap. 8 är det av stor betydelse att en anstalt av här ifrågavarande slag har möjlighet till intimt samarbete med ett rikt *differentierat lasarett*. Av bil. I framgår att lasaretten i Sundsvall och Umeå ha i stort sett tillfredsställande differentiering och äro av ungefärligen samma storleksordning. Sollefteå har däremot för närvarande endast ett odelat lasarett, varjämte landstinget disponerar vissa vårdplatser på garnisonssjukhuset. Ett förslag har emellertid utarbetats om uppförande av ett nytt lasarett om fyra kliniker innefattande 237 — och i en senare etapp 270 — vårdplatser. Detta förslag har dock ännu icke varit underställt landstingets förvaltningsutskott och är därför att betrakta såsom preliminärt.

Vid valet av förläggningssort torde slutligen böra beaktas att de nordligaste länen ha störst behov av hjälp i förevarande avseenden. De ha — och kommer alltid att få — svårast att utnyttja de resurser på sjuk- och hälsovårdens områden som de sydligare delarna av landet kunna ställa till förfogande.

Norrlandskommittén har efter överbägande av de ovan angivna synpunkterna beslutat föreslå att norrlandssjukhuset förläggas till Umeå.

Kap. 13. Beräkning av personalbehovet och lönestaten för Norrlandssjukhuset.

Behovet av personal vid norrlandssjukhuset har prövats med stöd av erfarenheterna från kliniker med samma uppgifter som de föreslagna och med hänsyn jämväl till den öppna vården, vilken särskilt inom vissa specialiteter kan väntas bli tämligen omfattande.

Personalbehovet har sammanställts i tabell 12.

Även om personal där placerats i viss tjänst eller som t. ex. ersättare på viss klinik bör givetvis en smidig anpassning efter arbetsuppgifterna på de olika klinikerna ske.

A. Radiologisk klinik.

Den radiologiska kliniken arbetar med ett mycket krävande klientel. Apparaturen kräver särskilda insikter och försiktighetsmått. Den öppna vården är förhållandevis stor. Radium- och röntgenterapiapparaturen skall användas för såväl det inläggande som det ambulatoriska klientelet.

Kliniken bör förestås av 1 överläkare med 2 underläkare, den ena måhända biträdande överläkare med det gynekologiska klientelet som huvudarbetsfält. Personalen på vardera vårdavdelningen (20 sängar) bör utgöras av 1 avdelningssköterska, 1 assistentsköterska och 5 elever eller biträden-städerskor. Härtill komma 5 radium- och röntgensköterskor, 1 operations- och mottagningssköterska och 4 biträden-städerskor jämte avlösare och nattpersonal. 2 skrivbiträden samt 1 tekniker erfordras även, den senare för vården av den stora och ömtåliga apparaturen.

B. Neurokirurgisk och neurologisk klinik.

En neurokirurgisk klinik av storleken ca 35 sängar är i behov av 1 överläkare och 2 underläkare. Stor hjälppersonal är erforderlig under pågående operation. Instrumentering, kontroll av patientens tillstånd samt blodgivning måste ombesörjas av kvalificerade sköterskor. För övriga uppgifter kan mindre kvalificerad personal användas. Operationspersonalen

bör lämpligen utgöras av 2 operationssköterskor, 2 assistentsköterskor samt 4 elever eller biträden-städerskor.

Vårdavdelningarna äro tungarbetade för personalen, då detta klientel är synnerligen krävande. Här erfordras vid en avdelningsstorlek av 15—18 platser på varje avdelning 1 avdelningssköterska, 2 assistentsköterskor och 4 elever eller biträden-städerskor jämte avlösare och nattpersonal. För den öppna vården erfordras mottagningsköterska med biträde samt tillgång till skrivbiträde.

Den neurologiska kliniken är vid en storleksordning av 50 sängar i behov av 1 överläkare och 2 underläkare. Vid en vårdavdelningsstorlek av 25 sängar erfordras för varje avdelning 1 avdelningssköterska, 1 assistentsköterska och 6 elever eller biträden-städerskor jämte avlösare och nattpersonal. Härtill kommer mottagningspersonalen, som bör utgöras av 1 sköterska, 1 biträde-städerska samt tillgång till skrivbiträde.

C. Plastikkirurgisk, bröstkirurgisk och dermato-venerologisk klinik.

Klientelet på dessa kliniker är ej särskilt svårskött, ej heller erfordras någon speciell apparatur av tekniskt mera krävande art. Personalbehovet blir sålunda ungefär detsamma som på allmänkirurgisk resp. allmänmedicinsk klinik och har beräknats efter vanliga normer.

D. Laboratorieorganisationen.

Personalbehovet för laboratorierna har uppskattats med utgångspunkt från hittillsvarande erfarenheter. Varje laboratorium är enligt motivering-
en i kap. 9 avsett att stå under 1 överläkare som chef: sjuksköterskor-
laboratriser behövas på kemiska (2 sköterskor) och fysiologiska (1 skö-
terska) laboratorierna, preparatriser på patologiska (2) och bakteriolo-
giska (1) laboratorierna, laboratoriebiträden (5) å kemiska laboratoriet.
Härtill kommer städerskepersonal. Gemensam vaktmästare-djurskötare
torde erfordras. Ett gemensamt skrivbiträde är upptaget för laboratorierna.

E. Foniatrisk poliklinik.

Utom föreståndaren behöver denna poliklinik 1 sköterska och 1 biträde-
städerska.

F. Gemensam personal.

I det föregående har framhållits att bedövningsmetoderna böra stå under gemensam ledning. Härför erfordras 1 överläkare och 1 underläkare. Minst 1 gymnast och 1 sysselsättningsterapeut behövas också liksom 1 husmoder. Behovet av kurator jämte skrivbiträde och av registrator — den senare tänkt även som chef för arkivet och arbetsledare för skrivbiträdespersonalen — har tidigare belysts. I nära samband med registraturen står behovet av fotograf för registrering av vissa sjukdomsbilders förändring under behandlingens gång. Fotografen bör vara nära anknuten till den radiologiska kliniken. Vidare tillkommer viss städerskepersonal.

Tabell 12. Personalbehovet vid Norrlandssjukhuset.

	Läkare			Sköterskepersonal										Biträdespersonal, inkl. ersättare				
	Överläkare	Övriga läkare	Antal vårdplatser	Avd.-sköterska	Ass.-sköterska (på avd. el. op.)	Op.-sköterska	Mottagningsköterska tillika eventuellt hjälp å op.-avd.	Nattsköterska	Ersättare	Radium, rög. och lab.-sköterska	Preparatris eller lab.-biträde	Sjukvårdsbiträde (eventuellt elever)	Natbiträde	Städerska	Tekniker	Vakthållare	Skrivbiträde	
Radiologisk klinik . . .	1	2	40	2	2	—	1	1	2	5	—	17	2	—	1	—	2	
Neurokirurgisk klinik	1	2	35	2	6	2	1	1	2	—	—	16	2	—	—	—	1	
Neurologisk klinik . . .	1	2	50	2	2	—	1	1	1	—	—	15	2	—	—	—	1	
Plastikkirurg. klinik . .	1	1	30	1	1	1	1	$\frac{1}{3}$	1	—	—	9	1	—	—	—	$\frac{1}{2}$	
Bröstkirurgisk klinik	1	1	30	1	1	2	1	1	1	—	—	11	1	—	—	—	$\frac{1}{2}$	
Dermato-veners. klinik	1	2	60	2	3	—	1	$\frac{2}{3}$	1	—	—	15	2	—	—	—	1	
Patologiskt lab.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	
Klimiskt centrallab. . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	
Bakteriologiskt lab. . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	
Fysiologiskt lab.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	
Foniatrisk poliklinik	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Anestesiavdelning	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Summa	12	11	245	10	15	5	7	5	8	8	8	84	10	4	1	—	7	

var till kommer gemensamt 1 gymnast, 1 sysselsättningsterapeut, 1 fotograf, 1 registrator, 1 kurator m. 1 skrivbiträde, 1 husmor, 6 korridor- och trappstädskor. Summa 209 personer.

På grundval av de föregående beräkningarna rörande personalbehovet vid norrlandssjukhuset har kommittén upprättat nedanstående avlöningsstat. Kommittén har härvid i huvudsak följt de normer för lönesättningen, som bruka tillämpas för landstingens sjukhus. Där lönegrad finnes angiven, hänvisar denna till landstingens löneplan, vilken överensstämmer med löneplan 1 i statens löneplansförordning. De angivna lönerna, som beräknats enligt ortsgrupp 4 (= Umeå), avse begynnelselöner utan ålderstillägg.

Avlöningsstat för sjukvårdsanstalten.

	Kronor
Överläkare med avsevärd öppen vård	
5 st à 15 000 kr	75 000
Överläkare utan avsevärd öppen vård	
7 st à 25 000 kr	175 000
Underläkare	
11 st à 12 000 kr	132 000
Husmor	
1 st i lönegrad 19 à 7 464 kr	7 464
Kurator	
1 st i lönegrad 17 à 6 852 kr	6 852
Registrator	
1 st i lönegrad 15 à 6 336 kr	6 336
Preparatriser (3 st), gymnast, sysselsättningsterapeut	
5 st i lönegrad 12 à 5 592 kr	27 960
Sjuksköterskor	
43 st i lönegrad 12 à 5 592 kr	240 456
15 st i lönegrad 10 à 5 064 kr	75 960
Tekniker	
1 st i lönegrad 10 à 5 064 kr	5 064
Vaktmästare	
1 st i lönegrad 9 à 4 788 kr	4 788
Skrivbiträden	
8 st i lönegrad 6 à 4 056 kr	32 448
Fotograf	
1 st i lönegrad 4 à 3 648 kr	3 648
Laboratoriebiträden	
5 st i lönegrad 4 à 3 648 kr	18 240
Sjukvårdsbiträden och städerskor	
104 st i lönegrad 2 à 3 360 kr	349 440
Summa 209 personer	1 160 656

Härtill kommer indextillägg med för närvarande 12 % å högst 14 400 kr. om året motsvarande 130 014 kr. Lönekontot skulle sålunda uppgå till 1 290 670 kr.

Kap. 14. Kostnadsberäkningar för Norrlandssjukhuset.

A. Byggnadskostnader.

Vid uppgörande av kostnadsberäkningarna har kommittén utgått från att erforderligt tomtområde, jämte yttre ledningar och planering, kostnadsfritt upplåtes, att panncentral, tvättanläggning, kök och matsalar vid modersjukhuset genom landstingets försorg erhåller sådan kapacitet, att dessa anläggningar jämväl kunna tillgodose sjukvårdsanstalten samt att — med hänsyn till bruttolönesystemets införande från den 1/1 1947 — särskilda personalbostadshus icke behöva ställas kostnadsfritt till förfogande. Kostnadsberäkningarna omfatta sålunda endast behandlings-, undersöknings- och vårdbyggnader.

Då särskilda skissritningar ej utförts, ha kostnadsberäkningarna grundats dels på beräknade bruttoytor, dels i den mån kliniker av ifrågavarande slag nyligen uppförts i Sverige på erfarenheter från dessa, och dels i ett fall — laboratoriebyggnaden — på för annan uppdragsgivare av arkitekt utförda och kostnadsberäknade ritningar för byggnad av liknande slag.

Beräkningarna ha genomgående grundats på en nettorumshöjd av 3,00 m., d. v. s. en bruttohöjd av 3,30 m., och en byggnadskostnad av 110 kr. per m³.

Kommittén har i fråga om förevarande beräkningar haft kontakt med byggnadsstyrelsen.

Radiologisk klinik.

Den radiologiska kliniken i Göteborg (jubileumskliniken) har för sina 63 vårdplatser dragit en kostnad av i runt tal 2 250 000 kr. och motsvarande klinik i Lund med 53 vårdplatser 1 435 000 kr. eller 35 700 resp. 27 000 kr. per vårdplats. Den tidigare uppförda stockholmskliniken kostade ca 20 000 kr. per vårdplats. Med hänsyn till inträffade kostnadsstegringar torde det vara försvarligt att räkna med 40 000 kr. per vårdplats, vilket vid ett beräknat sängantal av 40 ger en byggnadskostnad av 1 600 000 kr.

Neurokirurgisk klinik.

Med utgångspunkt från hittillsvarande erfarenheter kan nettoytan för en neurokirurgisk operationsavdelning beräknas till 300 m², för mottagningsavdelning till 150 m² och för vårdavdelning om 30—40 sängar till

600 m² eller sammanlagt 1 050 m², vilket torde motsvara en bruttoyta av 1 250 m².

Byggnadskostnad $1\,250 \times 3,3 \times 110 = 453\,750$ kr.

Neurologisk klinik.

Här behöver något utrymme för operationsavdelning ej medtagas i kalkylen. Mottagningsavdelningen kan beräknas till 150 m² och vårdavdelningar för ca 40—50 patienter till 800 m² eller sammanlagt 950 m² motsvarande en bruttoyta av 1,150 m².

Byggnadskostnad $1\,150 \times 3,3 \times 110 = 417\,450$ kr.

Plastikkirurgisk klinik.

Den plastikkirurgiska kliniken kan med vissa modifikationer utformas i likhet med en allmänkirurgisk klinik. Operationsavdelningen är emellertid ej i behov av fullt så stora utrymmen utan kan inskränkas till netto 150 m² liksom mottagningsavdelningen. Vårdavdelning för 30 sängar beräknas till 500 m². Utrymmesbehovet blir alltså tillhoppa 800 m², i nettoyta motsvarande 950 m² brutto.

Byggnadskostnad $950 \times 3,3 \times 110 = 344\,850$ kr.

Bröstkirurgisk klinik.

Även här kan mottagningsavdelningen beräknas till 150 m². Operationsavdelningen bör vara av samma storleksordning som på ett normallasarett d. v. s. ca 250 m² och en vårdavdelning om 30 sängar kräver 500 m², tillhoppa 900 m² netto eller 1,100 m² brutto.

Byggnadskostnad $1\,100 \times 3,3 \times 110 = 399\,300$ kr.

Dermato-venerologisk klinik.

Den dermato-venerologiska kliniken erfordrar en relativt stor mottagningsavdelning, ca 300 m², och två vårdavdelningar om vardera 30 sängar, 500 m² vardera, eller tillhoppa 1 300 m² nettoyta, motsvarande 1 550 m² brutto.

Byggnadskostnad $1\,550 \times 3,3 \times 110 = 562\,650$ kr.

Foniatrisk poliklinik.

Denna bör bestå av fyra rum, väntrum, rum för läkare, rum för expedition, tillika för assistent samt undersökningsrum jämte nödiga biutrymmen, motsvarande netto 100 m² och brutto 120 m².

Byggnadskostnad $120 \times 3,3 \times 110 = 43\,560$ kr.

Laboratorieorganisation.

Nyligen har arkitekt G. Birch-Lindgren ritat och kostnadsberäknat byggnader för en laboratorieorganisation i huvudsaklig överensstämmelse med

den som föreslagits i detta betänkande (1946 för lasarettet i Umeå). I nämnda ritningar hade emellertid de patologiska och bakteriologiska laboratorierna sammanförts. Birch-Lindgren kom fram till en slutsumma av 1 000 000 kronor. Ovan berörda något större krav medför en kostnadsökning, som torde kunna uppskattas till 25 %.

Byggnadskostnad 1 250 000 kr.

Sociala välfärdsorgan, kontrollorgan.

För dessa ändamål behövliga expeditions-, arkiv- och biblioteksutrymmen uppskattas till ca 250 m² brutto.

Byggnadskostnad $250 \times 3,3 \times 110 = 90\,750$ kr.

Sammanfattning.

	Sängar	Kronor
Radiologisk klinik	40	1 600 000
Neurokirurgisk klinik	35	453 750
Neurologisk klinik	50	417 450
Plastikkirurgisk klinik	30	344 850
Bröstkirurgisk klinik	30	399 300
Dermato-venerologisk klinik	60	562 650
Foniatrisk poliklinik		43 560
Laboratorier		1 250 000
Socialavdelning		90 750
Summa	245	5 162 310

Till detta belopp, 5 162 310 kr., bör läggas 10 % för vissa källarutrymmen, 15 % för arkitekt- och konstruktionsarvodet, administration, arbetsledning och kontroll samt 10 % för oförutsedda utgifter, tillsammans 35 % motsvarande 1 806 809 kr., varvid slutsumman blir 6 969 119 kr. eller i runt tal 7 000 000 kr.

B. Inventarie- och utrustningskostnader.

I de tidigare gjorda beräkningarna över anläggningskostnaderna ha medtagits byggmästeriarbeten, värme-, vatten-, ventilations- och elektriska installationer samt målning och golvbeläggning.

De olika poster, som ingå i den egentliga utrustningen för sjukhuset, kunna var för sig med viss sannolikhet beräknas på grundval av erfarenheter från nyligen avslutade eller ännu pågående, under utrustning varande sjukhusbyggnader. De olika posterna äro:

	Kronor	Kronor
1. Möbler och inventarier på vårdavdelningen		
Pr vårdplats	1 500 (245 platser)	367 500
2. Elektrisk armatur pr plats	115 (245 platser)	28 175
3. Laboratorieutrustning		
a) Patologiskt laboratorium	80 000	
b) Kliniskt laboratorium	100 000	
c) Bakteriologiskt laboratorium	50 000	
d) Fysiologiskt laboratorium	60 000	
e) Djuravdelning	60 000	350 000
4. Röntgen och radium		
Röntgen (6 behandlingsplatser)	240 000	
Radium (3 500 mg radium å 120 kr.) ¹	420 000	660 000
5. Operationsavdelningarnas utrustning (2 neurokirurgiska, 1 plastikkirurgisk, 2 bröstkirurgiska op. salar och en mindre för radiologisk avdelning), per operationssal 70 000 kr.		420 000
6. Mottagningsavdelningarnas utrustning (neurologisk, neurokirurgisk, radiologisk, plastikkirurgisk, bröstkirurgisk, dermato-venerologisk, foniatrisk, kurators m. fl.)		50 000
		Kronor 1 875 675

eller utom radium 1 455 675 kr. d. v. s. ca 5 900 kr. pr vårdplats.

Som kontroll på tillförlitligheten i den gjorda kalkylen kan i viss mån användas kända kostnadsiffror för utrustning för några på senare tid färdiga eller i det närmaste färdiga sjukvårdsinrättningar. För Karolinska sjukhuset var denna kostnad 6 081 pr vårdplats, för jubileumskliniken i Göteborg 7 700 kr. utom radium. Stockholms stad räknade 1945 för sina lasarettsnbyggnader med omkring 4 800 kr. i inventariestkostnad pr vårdplats.

C. Driftskostnader.

I det föregående har, vid beräkning av platsantalet på de olika kliniker, kommittén utgått från att varje sjuksäng skulle vara belagd 330 dagar per år. En storlek av sjukhuset om 245 sängar skulle sålunda motsvara ca 81 000 vård dagar. Denna siffra har av kommittén lagts till grund för de följande beräkningarna.

¹ Sedan kostnadsberäkningen verkställdes har ett mycket stort prisfall ägt rum på radium. Då priset ännu icke stabiliserat sig har norrlandskommittén icke funnit anledning att i förevarande beräkningar taga hänsyn till nämnda prisförändring. I detta sammanhang må även anmärkas att en viss möjlighet måhända kan föreligga att ifrågasvara sjukhus liksom övriga radiologiska kliniker kan erhålla någon kvantitet radium som lån från Konung Gustaf V:s jubileumsfond.

Personalkostnader.

I kapitel 13 har kommittén på grundval av erfarenheterna från svenska kliniker med motsvarande verksamhet uppskattat lönekostnaderna vid norrlandssjukhuset till 1 290 670 kr., vilket fördelat på 81 000 vård dagar blir 16 kr. pr vård dag. Härvid är att märka, att denna siffra ej kan jämföras med hittillsvarande siffror för lönekostnaden i lasarettens årsbudget — icke ens efter korrigerings för lönestegringar — då lönerna hittills varit baserade på nettolönesystem, under det att de här gjorda beräkningarna avse bruttolönesystem. Kostnaderna för personalens bostäder, kost, tvätt, inventarier m. m. bortfalla helt vid bruttolönesystemets tillämpning och inräknas i lönen.

Kosthåll.

Under våren 1947 har enligt uppgift från respektive landsting portionskostnaderna per vård dag för patienter vid Östersunds respektive Umeå lasarett beräknats på följande sätt:

	Östersund öre	Umeå öre
Råmaterial	138:85	128:10
Kökspersonal	37:24	32:73
Lokalhyra (för ekonomilokaler)	3:60	3:60
Utrustning, servis m. m.	6:73	6:73
Ånga, vatten, gas, elektr. etc.	13:46	13:46
Summa	199:88	184:62

Av de ovan angivna posterna torde endast de två första bära medräknas i förevarande sammanhang. I fråga om personalkostnaden erinras om att kökspersonal icke ingår i kommitténs personalstat. Någon lokalhyra synes statsverket icke bära betala då landstinget bör ansvara för tillhandahållande av erforderliga köks- och ekonomilokaler (se kap. 15). Utrustning, servis m. m. ingår i den nedan under Övriga kostnader redovisade posten för inventariers underhåll och komplettering. Ånga, vatten etc. ingår i den nedan redovisade posten Värme, etc. Kommittén har i fråga om råmaterial och kökspersonal funnit lämpligt att utgå från kostnaderna vid Umeå lasarett, vilka enligt ovan utgjorde 1:28 kr. respektive 0:33 kr. eller sammanlagt 1:61 kr. per vård dag.

Värme, etc.

Beträffande värme-, el.energi- och vattenkostnaderna har medeltalet för råmaterialen vid de delade landstingssjukhusen i landet år 1945 uppgått till 1:49 kr. per vård dag. Personalfaktorn har vid centrallasarettet i Östersund beräknats till 0:25 kr. per vård dag. Sammanlagda kostnaden blir sålunda 1:74 kr. per vård dag.

Tvätt.

Här synes man vid större anläggningar i allmänhet räkna med en total kostnad av 0:35 kr. per kg. tvätt. I denna kostnad ingå som största post personalkostnader, vilka även statsverket enl. ovan synes böra betala. Emellertid ingå här även kostnader för värme, vatten och elenergi, vilka kostnader jämväl ingå i det under närmast föregående punkt angivna beloppet 1:74 kr., ävensom kostnader för inventariers underhåll, vilka jämväl ingå i det under Övriga kostnader nedan redovisade beloppet 0:60 kr. Dessa båda poster torde ifråga om tvätten kunna beräknas till sammanlagt 0:09 kr. per kg. Tvättkostnaden blir då (0:35 kr. minskat med 0:09 kr. =) 0:26 kr. pr kg. Tvättgodset pr vårddag uppgår i allmänhet till c:a 1,5 kg., varför vård-dagskostnaden skulle uppgå till 0:39 kr.

Övriga kostnader.

Under denna punkt upptagas återstående driftskostnader, vilka för nedanstående poster år 1945 vid delade svenska landstingssjukhus i medeltal uppgått till följande belopp per vårddag:

Expeditionskostnader	Kr. 0:19
Läkemedel	» 0:78
Förbrukningsartiklar i sjukvården (häri ingå även förbrukningsartiklar i den öppna vården)	» 0:78
Inventariers underhåll och komplettering	» 0:60
Fastigheters underhåll	» 0:35
Diverse	» 0:13
Härtill kommer en post som kan benämnas allmän administration och som innefattar löner åt personalen vid sysslomanskontoret, direktions verksamhet, kassakontroll m. m. Denna post har vid centrallasarettet i Östersund uppgått till 0:19 kr. per vårddag	» 0:19
	Kr. 3:02

I fråga om posten Fastigheters underhåll får kommittén enföra följande. Ett bidrag för fastigheters underhåll av 35 öre per vårddag motsvarar med 81 000 vårddagar 28 350 kronor. Kommittén har under hand inhämtat från byggnadsstyrelsen att man för närvarande (juni 1947) torde böra — på lång sikt och med nuvarande höga byggnadskostnader — räkna med en underhållskostnad av 1,1 % vilket i förevarande fall, då byggnadskostnaderna uppgå till omkring 7 000 000 kronor, skulle motsvara 77 000 kronor, d. v. s. inemot 3 gånger så mycket som enligt ovanstående beräkning efter 35 öre per vårddag. Då emellertid beloppet 35 öre per vårddag grundar sig på de faktiska omkostnaderna vid landstingslasarettet och då

underhållet under de första åren torde bliva väsentligt mycket lägre än senare har kommittén funnit skäligt att de första åren räkna med angivna belopp.

Sammanfattning av driftskostnaderna.

Enligt ovanstående skulle vårddagskostnaderna för ett sjukhus av här diskuterat slag ställa sig ungefär sålunda:

Personal	Kr. 16:—
Kosthåll	» 1:61
Värme, el.energi och vatten	» 1:74
Tvätt	» 0:39
Allmän administration, exped., läkemedel, förbrukningsartiklar ¹ , underhåll m. m.	» 3:02
	Kr. 22:76

Tidigare har vårddagarnas antal beräknats till ca 81 000. Den årliga driftskostnaden för sjukhuset vid nuvarande prisläge skulle således uppgå till 1 843 560 kr. Härtill komma kostnader för inköp av facklitteratur (se kap. 9 ovan). För detta ändamål har kommittén räknat med en årlig utgift av omkring 5 000 kr., varför driftskostnaden kan i runt tal beräknas uppgå till 1 850 000 kr.

En jämförelse mellan driftskostnaderna vid en centralanstalt i Norrland och vid Karolinska sjukhuset ger vid handen följande.

Dagkostnaden på Karolinska sjukhuset uppgick budgetåret 1945/46 till 21:39 kronor. Norrlandskommittén har, enligt vad som framgår av det föregående, beräknat dagkostnaden för Norrlandssjukhuset till 22:76. Dessa belopp äro emellertid ej jämförbara. I nyssnämnda belopp 21:39 kronor inbefattas dels en nettoförlust på poliklinikverksamheten uppskattad till omkring 500 000 kronor per år och motsvarande omkring 13 % av bruttokostnaderna för riksplatserna under budgetåret 1945/46 (3 734 814 kronor) dels ock vissa smärre med undervisningen sammanhängande kostnader (underhåll, städning och uppvärmning av undervisningslokaler). Dessa poster torde vid umeåanstalten komma att uppgå till ett — procentuellt sett — betydligt lägre belopp. Ur denna synpunkt borde sålunda den ovan angivna dagkostnaden 21:39 kronor minskas för att kunna jämföras med kostnaden vid Norrlandssjukhuset. Å andra sidan må framhållas, att nämnda belopp avser genomsnittliga kostnader för samtliga kliniker vid sjukhuset, sålunda även för sådana kliniker som i allmänhet finnas vid de större centrallasaretten, under det att dagkostnaden vid Norr-

¹Häri ha även inräknats förbrukningsartiklar i den öppna vården.

landssjukhuset endast innefattar kostnader för vissa, särskilt dyrbara specialavdelningar. Exempelvis kan nämnas, att driftskostnaderna för den neurokirurgiska kliniken vid Serafimerlasarettet torde vara omkring 50 % högre än de genomsnittliga kostnaderna vid lasarettets övriga kliniker. Härtill kommer att lönerna för överläkarna vid Karolinska sjukhuset till största delen utgå på karolinska institutets stat under det att dagkostnaden för Norrlandssjukhuset även innefattar lönerna för samtliga läkare. Hur stor genomsnittlig höjning av dagkostnaden som kan föranledas av det anförda är givetvis ej möjligt att exakt angiva. Man synes emellertid med hänsyn till angivna omständigheter kunna räkna med att driften av specialavdelningarna vid Norrlandssjukhuset knappast kommer att ställa sig dyrare än driften av motsvarande avdelningar vid Karolinska sjukhuset, och att sålunda ur denna synpunkt inrättandet av Norrlandssjukhuset icke kommer att ställa sig dyrbarare än en utbyggnad av stockholmsklinikerna.

Byggnadskostnaderna för nybyggnad vid norrlandssjukhuset kan däremot komma att ställa sig dyrbarare än en utbyggnad av motsvarande kliniker vid stockholmsanstalterna, där måhända nybyggnad av operationsavdelningar och laboratorieinstitutioner i viss utsträckning skulle kunna undvikas.

Kap. 15. Finansiering och administration av Norrländssjukhuset.

Av de i kapitel 3—7 behandlade 7 specialiteterna finnas samtliga representerade vid de i Stockholm belägna statliga sjukvårdsanstalterna Karolinska sjukhuset¹ och Serafimerlasarettet samt enstaka av dem även vid andra sjukvårdsanstalter i Stockholm. Utom Stockholm finnas endast 4 av de angivna specialiteterna företrädta, nämligen neurokirurgi (Lund), foniatrik (Göteborg), radiologi (Göteborg och Lund) och dermato-venerologi (Göteborg, Malmö och Lund). För finansieringen av nämnda kliniker gälla följande bestämmelser.

Neurokirurgiska kliniken i Lund. De 7 sydligaste landstingsområdena samt städerna Malmö och Hälsingborg ha genom avtal rörande utnyttjandet och finansieringen av ifrågavarande klinik förbundet sig att gemensamt bidra till driftkostnaderna vid kliniken i viss proportion till antalet vård dagar per landsting. I mån av platstillgång skola enligt avtalet även patienter från övriga delar av landet kunna erhålla vård. Beträffande de ekonomiska förhållandena har avtalats, att för patienter från upptagningsområdet skall erläggas en dagavgift vid vård å allmän sal av 2 kronor 50 öre. Vidare skola de av avtalet berörda huvudmännen till sjukhusägaren erlægga dels en dagavgift av likaledes 2 kronor 50 öre dels ock hälften av det belopp, som motsvarar skillnaden mellan å ena sidan verkliga dagkostnaden och å den andra summan av nyss angivna avgifter samt det statsbidrag, som kunde komma att beviljas. Frågan om statsbidragets storlek var före vid 1946 års riksdag. Departementschefen utgick från en dagkostnad av 18:— — motsvarande 50 % mer än den genomsnittliga dagkostnaden vid Lunds lasarett år 1944 (12:—) — och uttalade, att det syntes skäligt att staten påtog sig viss del av den merkostnad som kunde uppkomma genom att den neurokirurgiska avdelningen beräknades bliva dyrare i drift än lasarettets övriga avdelningar. Med utgångspunkt härifrån förordades att statsbidraget skulle bestämmas till 6:— för varje underhållsdag vid avdelningen. Så blev även riksdagens beslut. Statsverket påtog sig sålunda hela den beräknade merkostnaden. Härvid föreskrevs att ett mindre, tidigare beviljat statsbidrag som skulle utgå till kliniken i dess egenskap av undervisningsinstitution, icke skulle utgå.

Till byggnaderna ha de avtalsslutande landstingen bidragit. Bidrag från statens sida har härvidlag icke ifrågasatts.

De radiologiska klinikerna i Lund och Göteborg. Finansieringen av de radiologiska klinikerna i Lund och Göteborg sker enligt följande grunder. För patient skall oav-

¹De bröstkirurgiska och dermato-venerologiska klinikerna vid detta sjukhus äro ännu ej öppnade.

sett var han är hemmahörande erläggas för inomlänspatient vid respektive sjukhus stadgad vårdavgift. Landsting respektive stad utom landsting erlägga härutöver dels vid Lunda-anstalten 2:50 och vid Göteborgsanstalten 3:— dels ock där vårdavgiften är lägre än nyssnämnda belopp skillnaden mellan dessa belopp och vårdavgiften. Den del av dagskostnaden som icke täckes genom vårdavgiften och landstingets (stadens) nyssnämnda båda bidrag gäldas av statsmedel beträffande Lunda-anstalten intill ett belopp av 2:50 per underhållsdag samt beträffande Göteborgsanstalten intill ett belopp av 3:— per underhållsdag. Härutöver gäldas av statsmedel hälften av den dagskostnad som återstår ogulden dock högst intill ett belopp av 3 kr. per underhållsdag (före den 1/1 1947 2 kr.). Återstående kostnaden fördelas mellan de avtalsslutande landstingen i proportion till antalet underhållsdagar. Hela kostnaden för röntgenbehandling och radiumapplikation i centralanstaltens behandlingsinstitut av å anstalterna intagna patienter bestrides av statsmedel.

Även till byggnadskostnaderna ha de avtalsslutande landstingen lämnat bidrag. Visst bidrag till anläggningskostnaderna har här liksom vid den radiologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset utgått från jubileumsfonden.

Karolinska sjukhuset. Finansieringen av radiologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset sker efter i stort sett samma grunder som gälla för övriga avdelningar vid sjukhuset. Härom må anföras följande:

Av Karolinska sjukhusets 1.056 civila vårdplatser disponera Stockholms stad och Stockholms läns landsting på grund av särskilda avtal respektive 315 och 110 vårdplatser. 631 äro sålunda riskplatser. Legosängsavgiften å allmänt rum utgår för närvarande för sjuka, boende inom Stockholms stad, enligt den av staden vid dess egna lasarett tillämpade taxan med kronor 4:50 för var och en av de 15 första vårddagarna samt kronor 3:50 för var och en av följande vård dagar. För sjuka, boende inom Stockholms län, är avgiften 3 kronor, efter 10 dagar 2 kronor och efter 30 dagar 1 krona. Sjuka, boende inom annan del av riket än Stockholms stad och Stockholms län, samt svenska medborgare, boende å utrikes ort, erlägga vid vård å allmän sal 7 kronor för var och en av de 15 första vård dagarna samt 6 kronor för var och en av följande vård dagar, av vilka avgifter emellertid jämlikt Kungl. kungörelse den 30 juni 1937 (nr 655) respektive landsting har att erlägga ett belopp av 2 kronor 50 öre för vård dag under förutsättning antingen att patienterna under vistelse inom Stockholms stad eller Stockholms län insjuknat i den sjukdom, vården avser, eller ock att han av tjänsteläkare eller å sjukvårdsanstalt erhållit hänvisning till Karolinska sjukhuset för vård, som ej kan beredas på landstingets sjukvårdsinrättningar.

Förenämnda, mellan staten å ena sidan samt Stockholms stad och län å andra sidan, under år 1931 träffade avtal innehåller i fråga om den ekonomiska uppgörelsen mellan de avtalsslutande parterna följande angående driftskostnadernas ersättande:

Sjuka från Stockholms stad och Stockholms län erlägga legosängsavgifter, vars storlek bestämmes av staden respektive länet. (Angående storleken av denna avgift se ovan). För sjuka som beviljas nedsättning i eller befrielse från legosängsavgift, betalas felande avgift av vederbörande fattigvårdssamhälle, landsting eller kommun.

Samtliga kostnader för sjukhusets drift, däri inberäknat kostnaderna för poliklinikerna ävensom för sjukhusets underhåll m. m., fördelas på antalet vård dagar. Därvid påföres Stockholms stad, respektive Stockholms län, vad som belöper å antalet vård dagar för stadens respektive länets sjuka, dock med iakttagande av att dagskostnaden ej må överstiga den genomsnittliga vårdkostnaden under året, inberäknat kostnaderna för sjukhusets underhåll m. m., på stadens respektive länets

egna, på flera specialavdelningar uppdelade sjukvårdsinrättningar, ägande staden respektive länet härvid att räkna sig till godo, vad som kan hava erlagts i legosängsavgifter för sjuka från staden respektive länet. Eventuellt återstående belopp av dagskostnaden erlägges av staten.

Ytterligare må här framhållas, att 1946 års riksdag beslutat inrätta en medicinsk tuberkulosklinik och en thoraxkirurgisk klinik vid Karolinska sjukhuset. För dessa kliniker har staten engagerat sig efter i stort sett liknande grunder som vid Karolinska sjukhusets övriga kliniker. Stockholms stad och Stockholms läns landsting ha emellertid för av dem kontrakterade platser erhållit något förmånligare villkor än för övriga avdelningar vid Karolinska sjukhuset. (Stadens och länets såväl byggnads- som driftsbidrag till tuberkuloskliniken = 70 % av deras bidrag till övriga avdelningar. Vid den thoraxkirurgiska kliniken skulle endast byggnadsbidraget ned sättas till 70 %.) Departementschefen har motiverat detta med att tuberkulosens bekämpande sedan länge ansetts vara en riksangelägenhet som motiverat extraordinärt statligt stöd samt att jämväl riksintresset ifråga om undervisning och forskning här framträder starkare än vid andra avdelningar. Det något rikkligare statsbidraget i förevarande fall finge därför icke återropas såsom förebildligt.

Till kostnaden för Karolinska sjukhusets uppförande har staten, Stockholms stad och Stockholms län bidragit, varvid staden erlagt 18.000 kr. och länet 17.000 kr per vårdplats. Återstående belopp ha bestritts av staten samt — i fråga om den radiologiska kliniken — av jubileumsfonden. Staden och länet skulle dock icke på grund av sina bidrag erhålla någon del i äganderätten till byggnader eller tomt. Jämväl utrustningskostnaden fördelades i proportion till antalet vårdplatser.

Serafimerlasarettet. Serafimerlasarettet räknar 508 vårdplatser, varav 185 disponeras av Stockholms stad och 115 av Stockholms län enligt särskilda avtal. 208 platser äro sålunda riksplatser. Sammanlagt disponera Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet 839 riksplatser.

Legosängsavgifterna för allmän sals-patienter äro helt i överensstämmelse med de för Karolinska sjukhuset i samma betalningsklass gällande, medan däremot patientavgifterna å enskilt och halvskilt rum till viss del avvika. Stockholms stad och Stockholms län ha jämväl beträffande av dem disponerade platser vid Serafimerlasarettet ett jämlikt avtal erlägga tilläggsavgifter till sjukhuset. Enligt de i avtalet med staden år 1927 fastställda grunderna för beräkning av staden sålunda åvilande ersättningsskyldighet skall staden dels svara för medellösa sjuka enligt gällande salstaxa och dels erlägga 62 procent av skillnaden mellan sjukhusets egentliga driftskostnad, beräknad på visst, närmare angivet sätt, å ena sidan, och influtna legosängsavgifter å andra sidan, allt per vård dag för patient, tillhörande staden. Enligt avtal med Stockholms län, som träffats under år 1929, har länet att utgiva motsvarande prestationer, dock att procentsatsen här fastställts till 63.5 procent.

För den plastikkirurgiska kliniken vid Serafimerlasarettet gäller samma villkor som för övriga kliniker vid sjukhuset. Staden och länet ha emellertid icke kontrakterat visst antal platser vid denna klinik. Så har däremot skett vid den planerade dermato-venerologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset.

Byggnaderna ägas av Serafimerlasarettets stiftelse. Sista ombyggnaden bekostades helt av statsmedel.

Dermato-venerologiska kliniker. Driften av de dermato-venerologiska vårdavdelningarna i Göteborg och Malmö bekostas helt av respektive städer, vilket delvis beror på att könssjukdomarna ha sin ojämförligt största frekvens i de stora hamnstäderna och att det därför aldrig ifrågasatts annat än att ifrågavarande städer

själva skulle ansvara för denna vård. Till kliniken i Lund utgår ett bidrag (10 % av vissa driftskostnader) som motiverats av sjukhusets karaktär av undervisningsanstalt.

Byggnadskostnaderna för de dermato-venerologiska klinikerna i Göteborg, Malmö och Lund ha helt bekostats av respektive landsting och städer.

Av den ovan lämnade redogörelsen framgår att till de radiologiska klinikerna i Göteborg och Lund samt den neurokirurgiska kliniken i Lund ett visserligen relativt stort statsbidrag utgår men att de landsting (och städer utom landsting) som tillhöra respektive klinikers upptagningsområde fått bidraga såväl till byggnadskostnaderna som till driften av klinikerna — i sistnämnda avseende med en prorata-del av det belopp vartill kostnaderna överstigit summan av patientavgifterna och det till visst belopp maximerade statsbidraget. Likartade bestämmelser gälla för Stockholms stad och Stockholms läns landsting i fråga om klinikerna vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet enligt avtal mellan staten och nämnda parter ehuru bidraget maximerats i anslutning till dagskostnaden vid egna anstalter. Statsbidraget för driften av neurokirurgiska kliniken i Lund har (år 1946) konstruerats så att det skall motsvara merkostnaden jämfört med kostnaden vid sjukhusets övriga avdelningar. Vad åter riksplatserna vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet beträffar bidraga landstingen (utom Stockholms läns landsting) och patienterna sammanlagt endast med 7 kronor av dagskostnaden som enligt uppgift uppgick till 21:39 kr. för budgetåret 1945/46. Resten utgår av statsmedel. Den formella motiveringen härför har emellertid ej varit att Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet i egenskap av rikssjukhus skall på statens bekostnad tillhandahålla viss specialistvård utan att nämnda sjukhus i egenskap av undervisningsjukhus äro i behov av ett visst minimiantal platser och att det ansetts böra ankomma på statsverket att sörja för att detta ur undervisningens synpunkt nödvändiga vårdplatsantal finnes tillgängligt.

Någon principiell ställning till finansieringen av specialistvården har statsmakterna hittills icke tagit.

Då landstingen från början insattes som huvudmän för den slutna sjukvården räknade man otvivelaktigt med att landstingsområdena skulle vara lämpliga arbetsområden för hela denna verksamhet. Efter hand har emellertid sjukvården vid tillkomsten av nya specialgrenar nödgats arbeta med större upptagningsområden. Som en följd av denna utveckling tillsattes 1929 års sjukvårdskommitté, som erhöll i uppdrag att verkställa en möjligast klar avgränsning mellan å ena sidan vad staten i fråga om den slutna kroppsjukvården bör för framtiden åtaga sig och vad som därutinnan bör åligga landstingen och primärkommunerna. Sjukvårdskommittén har i sitt betänkande år 1934 uppdragit följande riktlinjer för hälso- och sjukvårdens handhavande och finansiering.

»Landstingen böra alltjämt handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen kan ordnas länsvis eller genom samarbete mellan angränsande län.

»Staten bör handhava och bekosta eller kraftigt understödja den vård, som kräver anstalter, avsedda för större områden än länen, ävensom annan vård, i den mån icke administrativa synpunkter eller sparsamhetsskäl nödvändiggöra, att vården handhaves kommunalt eller med kommunal bidragsskyldighet.»

Om man i fråga om finansieringen av Norrlandssjukhuset vill söka en anknytning till gällande förhållanden, ligger det närmast till hands att taga i betraktande antingen de grunder som tillämpats för kliniker som drivas av landsting eller stad utom landsting med statsbidrag, och då närmast dem som år 1946 antagits för neurokirurgiska kliniken i Lund, eller ock bestämmelserna vid de statligt drivna sjukhusen i Stockholm.

I Lund och Göteborg finnas — som i det föregående angivits — endast kliniker för 4 av de i kapitel 3—7 behandlade 7 specialiteterna. De för dessa kliniker utgående statsbidragen — som sinsemellan icke äro enhetliga — synas i viss utsträckning ha utformats med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. En tillämpning i förevarande fall av nyssnämnda för neurokirurgiska kliniken i Lund gällande grunder för kostnadernas fördelning synes icke tillfredsställande. Härvid skulle de norrländska landstingen få vidkännas en avsevärt mycket högre kostnad per vårdplats för ifrågavarande specialistvård än vad de nu ha att gälda för riksplatserna i Stockholm. Även oavsett detta synes man enligt kommitténs mening icke kunna tillämpa angivna bestämmelser på ett sjukhus i Norrland eftersom förutsättningarna för tillkomsten av en dylik anstalt äro helt annorlunda i Norrland än i andra delar av landet. Anledningen till att Stockholm, Göteborg och Malmö-Lund fått karaktär av sjukvårdscentra för stora delar av landet har varit att nämnda städer med hänsyn till sitt läge och sin folkrikedom utgöra naturliga befolkningscentra långt utom gränserna för respektive städer och det närmaste landstingsområdet. En bidragande orsak har även varit att till Stockholm och Lund varit förlagda medicinska högskolor. Emellertid ha — som av det nyss anförda framgår — Göteborg och Malmö-Lund, trots synnerligen goda förutsättningar i ovan angivna avseenden, likväl endast i tämligen ringa utsträckning inrättat kliniker inom här ifrågavarande specialområden. I detta sammanhang må framhållas, att respektive huvudmän både för den neurokirurgiska kliniken i Lund och för de radiologiska klinikerna i Lund och Göteborg under senare år (1944 och 1946) gjort framställningar om väsentlig höjning av statens bidrag till driften av klinikerna. Då sålunda, trots ovan angivna goda betingelser, vissa svårigheter synas föreligga för Göteborg och Malmö-Lund att med gällande bestämmelser tillfredsställande

ordna specialistvården för befolkningen i södra Sverige, synes det tydligt, att svårigheterna för de norrländska landstingen, som helt sakna angivna betingelser, måste vara mycket stora. De stora avstånden och avsaknaden av för landsdelen gemensamt befolkningscentrum försvårar i Norrland tillkomsten av riksinstitutioner av ifrågavarande slag. Härtill kommer, att de nordligaste länen redan förut ha den högsta landstingsskatten i riket och — vad som för befolkningens ekonomi är ännu mer betydelsefullt — att ett stort antal kommuner i Norrland ha en i hög grad tyngande skattebörda. Om man önskar få till stånd en utbyggnad av sjukvården som fordrar medverkan av flera landsting, är det enligt kommitténs mening nödvändigt att taga hänsyn till nämnda, för Norrland tämligen speciella förhållanden. Det anförda bör givetvis även beaktas, därest förslag skulle framkomma om generella regler om statsbidrag för sjukvårdsanstalter avsedda för större områden än länen. Kommittén har så mycket större anledning att här framhålla detta som, enligt vad kommittén erfarit, 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården torde överväga sådana generella regler.

Det anförda betyder givetvis icke att det är olämpligt att förlägga en specialistanstalt av ifrågavarande slag till Norrland, liksom icke heller att behovet av en dylik anstalt skulle vara mindre i Norrland än i Göteborg och Lund. Förhållandet torde snarast vara det motsatta. Kommittén hänvisar härvidlag till den föregående framställningen. Men det betyder att Norrland här som på vissa andra områden har större svårigheter att övervinna än de sydligare delarna av landet och att det därför bör övervägas om icke staten har anledning att medverka till att dessa svårigheter övervinnas.

Tillkomsten i Norrland av en specialistanstalt av här avsedd karaktär skulle givetvis i hög grad underlättas om staten påtog sig huvudansvaret för finansieringen på liknande sätt som skett i fråga om Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. En parallell till de bestämmelser som reglera finansieringen av nämnda anstalter ligger dessutom synnerligen nära till hands i förevarande fall. Riksplatserna vid dessa anstalter ha ju hittills fungerat som specialistanstalt för Norrland inom ifrågavarande specialområden. Det synes då naturligt att vid en, av det ökade vårdbehovet påkallad utbyggnad av verksamheten — låt vara att denna utbyggnad förlägges till annan plats — bibehålla de hittillsvarande grunderna för finansieringen. Det kan mot denna parallell invändas att inrättandet av de statliga sjukhusen i Stockholm i första hand motiverats av deras karaktär av undervisningsanstalter. Bortsett från att även Norrlandssjukhuset skulle handhava betydelsefulla undervisningsuppgifter (se kap. 11 samt del II nedan) vill norrlandskommittén i detta sammanhang framhålla, att Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet i praktiken haft en utomordentlig betydelse som landets största och mest fullständigt utbyggda specialist-

anstalt. Kommittén erinrar även om att driftskostnaderna vid en anstalt i Norrland knappast torde komma att ställa sig dyrbarare än vid Karolinska sjukhuset.

Med hänsyn till vad som anförts i det föregående vill norrlandskommittén föreslå, att *staten påtager sig huvudansvaret för finansieringen* av norrlandssjukhuset såväl i fråga om engångskostnader som driftskostnader samt att landstingen inom upptagningsområdet bidra till driftskostnaderna efter i stort sett samma normer som hittills tillämpats vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet.

En finansiering av Norrlandssjukhuset efter nyss angivna grunder medför att sjukhuset måste betraktas som en i princip statlig anstalt. Under sådana förhållanden skulle det givetvis ligga närmast till hands att inordna sjukhuset i den statliga förvaltningen på samma sätt som andra statsdrivna anstalter. Norrlandskommittén hade också helst sett att en sådan lösning av *administrationsfrågan* kunnat genomföras utan modifikationer. Så har emellertid icke kunnat ske. Här om må anföras följande.

Om Norrlandssjukhuset, som här förutsatts, skall drivas i anslutning till ett befintligt landstingslasarett, kommer det nära samarbete, som måste äga rum mellan förstnämnda sjukhus och modersjukhuset, att medföra att man i görligaste mån måste undvika skiljaktiga förvaltningsbestämmelser för de båda anstalterna. Det anförda gäller icke minst personalförhållandena. Sålunda synes det icke lämpligt att inom samma sjukhuskomplex tillämpa två olika lönesystem (landstingens och statens). Erfarenheten har nämligen visat att även obetydliga skillnader i lönestandard kunna förorsaka irritation. Vidare synes det ur rationaliseringssynpunkt riktigtast att vissa betydelsefulla försörjningsuppgifter handhas gemensamt för de båda sjukhusen, såsom kosthåll, eldning, tvätt och renhållning. Laboratorieorganisationen på Norrlandssjukhuset måste stå samtliga kliniker på de båda sjukhusen till tjänst. Detsamma gäller narkosläkareorganisationen etc.

Även ur en annan synpunkt ter sig en separat statlig ledning för Norrlandssjukhuset mindre lycklig. Den statliga löneskalan inrymmer nämligen vad chefsläkartjänsterna beträffar knappast möjligheter till konkurrens med de vid motsvarande inrättningar i andra delar av landet erbjudna förmånerna. De möjligheter till en förbättring av läkarnas löneförhållanden som utnyttjas av andra statliga sjukvårdsanstalter exempelvis vid undervisningssjukhusen eller vid de garnisonssjukhus som drivas gemensamt med vissa landsting (de s. k. samarbetssjukhusen), stå här icke till buds. Lönefrågan kompliceras ytterligare genom att möjligheterna till privatpraktik — i varje fall för en del läkare — torde bli tämligen begränsade.

Av det anförda framgår att Norrlandssjukhuset icke lämpligen bör drivas i separat statlig regi. Icke heller torde man kunna räkna med att mo-

dersjukhusets landsting skall vara berett att avhända sig förvaltningen av sitt eget lasarett till staten eller särskilt tillskapad juridisk person. Även möjligheten att med bibehållande av statens och landstingets huvudmannaskap för respektive anstalter tillskapa en gemensam ledning för de båda sjukhusen har övervägts av kommittén, som emellertid icke funnit denna väg framkomlig. Med hänsyn till anförda förhållanden har kommittén funnit den lämpligaste lösningen vara att *modersjukhusets landsting inträder som huvudman för båda anstalterna.*

Med ovan angivna utgångspunkter har norrlandskommittén tänkt sig att statens medverkan till finansieringen av Norrlandssjukhuset, skulle ordnas på följande sätt.

Byggnads- och utrustningskostnaderna beräknas av en av staten och modersjukhusets landsting tillsatt byggnadskommitté, sedan denna låtit utföra definitiva ritningar (samma byggnadskommitté synes jämväl kunna verkställa motsvarande beräkningar för den tidigare berörda tandvårdsanstalten). Från nämnda kostnader bör avdragas ett belopp, motsvarande de kostnader modersjukhusets landsting skulle fått vidkännas för byggnad och utrustning av vissa av landstinget för egen räkning redan planerade institutioner, vilkas inrättande onödiggöres genom tillkomsten av den ifrågavarande sjukvårdsanstalten. Resten av kostnaderna bör åvila statsverket.

Västerbottens län landsting har planerat att utbygga sin laboratorieorganisation med patologiskt, bakteriologiskt och kliniskt laboratorium för en sammanlagd byggnadskostnad av 1 000 000 kronor. De för ifrågavarande sjukvårdsanstalt erforderliga laboratorier skulle enligt kostnadsberäkningarna i kap. 14 draga 1 250 000 kronor i byggnadskostnad och 350 000 kronor i utrustningskostnad. I bilaga V, som innefattar landstingets åtaganden i förhållande till statsverket, därest de i detta betänkande föreslagna anstalterna skulle komma till stånd och förläggas till Umeå, har landstinget åtagit sig att för laboratorieinstitutionerna gälda 1 000 000 kronor i byggnadskostnad och 270 000 kronor i utrustningskostnad. Då byggnads- och utrustningskostnaden för hela sjukvårdsanstalten enligt beräkningarna i kap. 14 skulle — efter viss avrundning uppåt — uppgå till omkring 8 875 000 kronor, skulle sålunda statens andel av kostnaderna uppgå till omkring 7 600 000 kronor.

Med hänsyn till de fördelar som kommitténs ifrågavarande förslag skulle medföra för förläggningens sortens landsting finner norrlandskommittén skäligen att tomtområde och vissa byggnader, som lämpligen kunna utnyttjas gemensamt av modersjukhuset och Norrlandssjukhuset, ställas till kostnadsfritt förfogande genom landstingets försorg. Utfästelse från landstinget härom finnes intagen i bil. V, som bland annat innefattar åtaganden rörande planering av tomten och framdragning av ledningar och kulvertar mellan landstingets sjukhus och de nya byggnaderna samt tillhanda-

hållande av värmecentral, tvättanläggning, köks- och matsalslokaler, vissa föreläsningsslokaler m. m. Genom landstingets försorg har karta upprättats över tomtområdet.

Då landstinget i egenskap av huvudman skall ansvara för driften vid sjukhuset och med hänsyn bl. a. till svårigheterna att avskilja särskild tomt för de nya byggnaderna synes landstinget böra betraktas som byggnadernas ägare. Därest verksamheten sedermera skulle nedläggas, bör emellertid beträffande landstingets respektive statens rätt att utnyttja byggnaderna för annat ändamål gälla följande. Om landstinget skulle uppsäga överenskommelsen med staten synes det böra återbetala statsverkets engångskostnader för anläggningen i den mån denna icke övertages av staten. Även om verksamheten nedlägges under omständigheter till vilka staten kan sägas ha medverkat kan det under vissa förutsättningar synas skäligt att landstinget i viss utsträckning återbetalar nämnda kostnader. Härvid bör i första hand hänsyn tagas till om landstinget önskar utnyttja byggnaderna för egen räkning. Om så är fallet bör avgörande vikt fästas vid arten och omfattningen av den verksamhet som landstinget har för avsikt att bedriva. Hänsyn bör givetvis även tagas till av landstinget tidigare nedlagda engångskostnader. Därest överenskommelse om beloppet icke kan träffas kan detsamma lämpligen fastställas genom skiljemannaförfarande mellan statsverket och landstinget.

Därest verksamheten skulle få en omfattning som nödvändiggör utbyggnad synes staten jämväl böra ansvara för byggnads- och utrustningskostnaderna härför.

Kommittén har icke räknat med att den i kap. 14 under C: »Övriga kostnader» intagna posten för inventariers underhåll och komplettering jämväl skall innefatta *komplettering av dyrbarare apparater och instrument*. Särskilt anslag för dylik komplettering torde sålunda tid efter annan bli erforderligt.

Vad i övrigt angår kostnaderna för fastigheters och inventariers underhåll återkommer kommittén i det följande.

I fråga om bestridandet av *driftskostnaderna* får kommittén anföra följande.

Det synes i förevarande fall av flera skäl mindre lämpligt att såsom vid andra, ävenledes med huvudsakligen statsmedel drivna anstalter (exempelvis vanförestalterna) låta statens bidrag utgå på grundval av en av landstinget varje år upprättad stat som skall godkännas av statsmakterna. Ett dylikt förfarande förutsätter från statens sida en ingående kontroll av räkenskaperna — bland annat i fråga om fördelningen av kostnader gemensamma för det nya sjukhuset och modersjukhuset — och ett ansvar för verksamheten som icke lämpligen kan förenas med landstingets huvud-

mannaskap. Statens medverkan till finansieringen synes därför böra lämnas i form av ett efter särskilda grunder fastställt bidrag till landstinget.

Detta *statsbidrag* synes i princip böra motsvara driftskostnaderna, beräknade på i kap. 13 och 14 angivet sätt. Patienternas avgifter lämnas här ur räkningen då enligt beslut vid 1946 års riksdag dylika avgifter icke skola uttagas av patienter å allmän sal efter tiden för sjukförsäkringsreformens genomförande. Då det emellertid synes skäligt att landstinget även i fråga om driften påtager sig viss andel av kostnaderna vill kommittén föreslå, att statsbidraget beräknas med utgångspunkt från ett belopp motsvarande 95 % av nämnda kostnader. Angivna belopp bör minskas dels med ett belopp motsvarande de driftskostnader som landstinget inbesparar genom anstaltens inrättande och dels med ett belopp motsvarande de sammanlagda vårdavgifter som landstingen inom upptagningsområdet enligt ovan skola erlægga för patienter från respektive län (2:50 kronor per vård dag).

De årliga driftskostnaderna ha enligt kap. 14 beräknats uppgå till omkring 1 850 000 kronor. Om staten enligt vad nyss föreslagits ansvarar för 95 % av dessa kostnader, skulle statens bidrag utgöra omkring 1 758 000 kronor, från vilket belopp emellertid vissa avdrag skulle ske.

I första hand skulle enligt ovan avdrag göras för av landstinget inbesparade driftskostnader. Härvid har kommittén räknat med ett belopp motsvarande de beräknade driftskostnaderna för den av landstinget själv planerade laboratorieinstitutionen samt viss del, förslagsvis hälften, av lönen till de båda narkosläkarna. Driftskostnaderna för av landstinget planerad laboratorieorganisation har av landstinget (se bil. V) uppskattats till 106 000 kronor. En över- och en underläkare inom narkosorganisationen kosta, inklusive 12 % tillägg, 26 728 kronor respektive 13 440 kronor (sammanlagt 40 168 kronor). Hälften härav eller 20 084 kronor skulle enligt ovan gäldas av landstinget, som sålunda sammanlagt skulle ansvara för ett årligt belopp av 126 084 kronor eller i runt tal 126 000 kronor.

Avdrag skulle enligt ovan vidare göras för vårdavgifterna från landstingen inom upptagningsområdet (även Västerbottens läns landsting). Räknat efter 81 000 vård dagar per år komma dessa avgifter (å 2:50 kronor per vård dag) att uppgå till 202 500 kronor. Härvid kommer det årliga statsbidraget till driften att utgöra 1 429 000 kronor.

Det bör emellertid beaktas att om statsbidraget beräknats med utgångspunkt från 81 000 vård dagar men antalet vård dagar i verkligheten kommer att överstiga detta antal, detta skulle medföra viss förlust för landstinget, liksom att landstinget skulle ha viss fördel av att antalet vård dagar bleve mindre än det beräknade. Flertalet utgiftsposter, bl. a. den stora posten för personal, beröras visserligen icke av mindre fluktuationer i vård dagsantalet men en del utgiftsposter stå dock i nära proportion till antalet vård dagar. Dessa utgifter ha i kap. 14 beräknats till för

kost 1:85 kronor (inklusive lokalhyra, utrustning och bränsle), tvätt (inklusive bränsle och inventariers underhåll) 0:52 kronor, läkemedel 0:78 kronor, förbrukningsartiklar i sjukvården 0:78 kronor eller summa 3:93 kronor. Även vissa andra poster, exempelvis expeditionskostnader, fluktuerar med antalet vårddagar. Man torde därför kunna utgå från att landstingets utgifter vid minskning eller ökning av antalet vårddagar minskas respektive ökas med omkring 4 kronor per vårddag. Härvid är emellertid att märka att även landstingsavgifterna (å 2:50 per vårddag) ökar respektive minskar med vårdplatsantalet. Med hänsyn till det anförda får norrlandskommittén föreslå att då antalet vårddagar under- respektive överstigit 81 000 per år, det enligt ovan angivna grunder bestämda statsbidraget minskas respektive ökas med 1:50 kronor per vårddag. Nämda förhållande synes böra regleras genom ett *avräkningsförfarande* som lämpligen kan ske årligen.

Behov av en viss *justering* av de i kostnadsberäkningen ingående postererna uppstår, sedan någon tids erfarenhet vunnits samt vid genomförande av nya löneavtal och dylikt. I synnerhet i början av verksamheten blir en sådan justering erforderlig då de olika utgiftsposterna bygga på erfarenheter från anstalter av i viss mån annan typ än den ifrågavarande. Norrlandskommittén vill föreslå att en sådan justering av utgiftsposterna verkställs årligen under de tre första åren och därefter vart femte år. Justeringen bör endast påverka statsbidraget för *efterföljande* år. Vid ovan angivna tidpunkter, då justering skall äga rum, bör landstinget till medicinalstyrelsen insända redogörelse rörande ifrågavarande utgiftsposter för tiden sedan verksamheten påbörjats, respektive sedan justering senast företogs. Därvid bör angivas, i vilka avseenden justering påyrkas samt skälen härför. Medicinalstyrelsen bör bedöma skäligheten hos de framförda yrkandena. Även medicinalstyrelsen bör givetvis å statens vägnar kunna påyrka justering av vissa poster. En viss justering av beräkningarna rörande driftskostnaden synes även böra verkställas omedelbart innan verksamheten påbörjas med hänsyn till under mellantiden eventuellt inträffade pris- och lönefluktuationer etc.

Mot de ovan föreslagna grunderna för statsbidragets beräkning har Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott icke framfört några betänkligheter annat än i fråga om förslaget att landstinget skulle svara för 5 % på bruttokostnaderna, vilket förslag utskottet hemställt att kommittén skall taga under omprövning. Kommittén har emellertid icke funnit skäl att frånfalla detta förslag. Bortsett härifrån har förvaltningsutskottet i princip godtagit kommitténs förslag om fördelning av kostnaderna för Norrlands-sjukhuset liksom även, i vad gäller första verksamhetsåret, kommitténs kostnadsberäkningar. Vid utskottets godkännande av kommitténs beräkningar har emellertid gjorts förbehållet att godkännandet gäller nuvarande löne- och marknadsläge.

Som av det anförda framgår har det icke varit kommitténs avsikt att staten skulle återkräva något av det till landstinget utbetalade statsbidraget annat än i samband med avräkning som enligt ovan skall äga rum vid underbeläggning av anstalten. Härmed är emellertid icke sagt att det skulle vara landstinget obetaget att helt fritt verkställa överföringar mellan de olika posterna i kostnadsberäkningen. Mera betydande avvikelser — exempelvis indragning av någon i personalstaten angiven läkarbefattning — får givetvis icke vidtagas utan statsmakernas i förväg lämnade godkännande.

Kommittén förutsätter, att i den mån s. k. privata vårdplatser anses böra inrättas, landstinget icke kommer att draga någon ekonomisk fördel härav.

Måhända måste man räkna med att en del av personalen måste anställas viss kortare tid innan verksamheten påbörjas för att delta i det mera detaljerade planläggningsarbetet. Norrlandskommittén har räknat med att kostnader härför skall bäras av huvudmannen — landstinget.

Norrlandskommittén har varit i förbindelse med statsbidragssakkunniga och därvid hållit de sakkunniga underkunniga om sina planer rörande finansieringen av Norrlandssjukhuset.

Norrlandssjukhuset och modersjukhuset torde böra ledas av en gemensam *direktion*. Med hänsyn till de stora intressen som staten har att företräda i förstnämnda anstalt synas vissa av ledamöterna i direktionen — jämte suppleanter — böra utses av Kungl. Maj:t. Övriga ledamöter, vilkas antal lämpligen fastställs av Kungl. Maj:t, böra utses av landstinget. Förhållandet mellan antalet av Kungl. Maj:t och av landstinget utsedda ledamöter kan lämpligen motsvara förhållandet mellan antalet vårdplatser på Norrlandssjukhuset och modersjukhuset, d. v. s. därest anstalterna förläggas till Umeå stå i förhållandet 1 till 2. Som i Del II av detta betänkande framhålles synes någon särskild representant i direktionen för tandvårdsanstaltens räkning knappast erforderlig. För beslutförhet i frågor rörande Norrlandssjukhuset synes böra krävas, att någon av de av Kungl. Maj:t utsedda ledamöterna är närvarande och deltagar i beslutet.

De statliga ledamöterna i direktionen böra givetvis bevaka de rent statliga intressena i verksamheten. Det får även anses som självklart att de skola ägna särskild uppmärksamhet åt sådana lokalintressen som beröra de landsting inom anstaltens upptagningsområde, som icke äro representerade i direktionen. Emellertid kan det otvivelaktigt förekomma fall, då någon av de tre här ifrågavarande landstingen kan ha anledning att genom egen representant delta i direktionens överläggningar. Norrlandskommittén vill därför föreslå, att nämnda tre landsting tillerkännes rätt att — efter särskild framställning — genom av respektive landsting utsedd

särskild representant få deltaga i direktionens överläggningar — men ej i dess beslut — i fråga som i särskild grad berör landstingets intressen.

Gemensam styresman torde av landstinget böra utses för båda sjukhusen. I frågor rörande tandvårdsanstalten bör, som i Del II angives, föreståndaren för anstalten ersätta styresmannen. Emellertid kan det även ifrågasättas om icke med hänsyn till de omfattande och mångfaldiga uppgifter som här föreligga en administrativt förfaren sjukhusdirektör borde utses. Kommittén har emellertid icke medtagit en dylik tjänst i kostnadsberäkningen.

Gemensamt sysslomanna-kontor torde böra upprättas.

För distriktssköterskeskolan bör tillsättas särskild styrelse enligt medicinalstyrelsens bestämmelser.

Tillsättandet av tjänster synes kunna ske i enlighet med sjukhuslagens bestämmelser.

Norrlandskommitténs ifrågavarande förslag rörande administrationen och finansieringen av Norrlandssjukhuset innebär att landstinget blir huvudman. En följd härav blir exempelvis att — såsom även förutsatts i det föregående — landstingets lönesystem kommer att tillämpas på samtliga befattningshavare vid Norrlandssjukhuset.

I övrigt hänvisas till vad som nedan i Del II anföres rörande administrationen och finansieringen av den centrala tandvårdsanstalten.

Kap. 16. Sammanfattning av del I och hemställen.

Norrlandskommittén har vid en översyn av den slutna sjukvården i Norrland bl. a. undersökt *vårdplatsbehovet* för Norrlands del inom vissa specialområden av sjukvården, vilka icke äro företrädda norr om Stockholm. Av flera skäl har kommittén härvid begränsat sig till specialiteterna radiologi, neurokirurgi, neurologi, plastikkirurgi, bröstkirurgi, dermato-venereologi och foniatrik. Vårdplatsbehovet har efter av kommittén verkställda tämligen ingående utredningar, vilka redovisas var för sig i kap. 3—7, uppskattats till

för radiologisk klinik	40 platser
» neurokirurgisk klinik	35 »
» neurologisk klinik	50 »
» plastikkirurgisk klinik	30 »
» bröstkirurgisk klinik	30 »
och » dermato-venereologisk klinik	60 »
eller sammanlagt till	245 platser

Endast en ringa del av detta vårdplatsbehov torde kunna tillgodoses vid de förefintliga klinikerna i Stockholm. En utbyggnad av verksamheten inom ifrågavarande specialområden synes därför synnerligen påkallad.

Man ställes med hänsyn till det anförda inför frågan om vårdplatsbehovet skall tillgodoses genom utbyggnad av de förefintliga specialklinikerna i Stockholm eller genom nybyggnad i Norrland. Kommittén har av flera skäl och framförallt med hänsyn till vikten av att klinikerna få ett centralt läge inom upptagningsområdet funnit att de böra placeras i Norrland (kap. 8).

Beträffande frågan huruvida klinikerna skola fördelas mellan central-lasaretten inom de olika länen eller sammanföras på en plats för att tillsammans med ett redan befintligt centrallasarett (»modersjukhuset») bilda en allsidigt utbyggd sjukvårdsinrättning, ett »rikssjukhus», har kommittén stannat för den sistnämnda lösningen — framförallt med hänsyn till de fördelar ur undersöknings-, behandlings- och forskningssynpunkt som samarbetet mellan de olika klinikerna och institutionerna på en sådan anstalt erbjuder.

Vid den ovan redovisade beräkningen av vårdplatsbehovet har kommittén räknat något i underkant. Kommittén har härvid utgått från att — därest de nya klinikerna skulle visa sig vara otillräckliga — det vore bättre,

åtminstone beträffande flertalet specialiteter, att inrätta *nya kliniker på annan plats i Norrland* än att utbygga de redan befintliga klinikerna på centralanstalten. Genom en dubblering av klinikerna skulle så småningom det lokala intresset av att ytterligare minska avståndsmomentet i viss utsträckning kunna tillgodoses.

Kommittén ägnar även ingående uppmärksamhet åt utformningen av *laboratorieorganisationen* vid en centralanstalt av här avsett slag (kap. 9). Därvid framhålles, att de teoretiska institutionerna äro av stor betydelse med hänsyn såväl till forskningen som till de aktuella sjukvårdande uppgifterna. Kommittén föreslår inrättande vid centralanstalten av fyra laboratorieinstitutioner under självständiga överläkare, nämligen patologiskt, kliniskt, bakteriologiskt och fysiologiskt laboratorium. Samtidigt föreslås inrättande av en för samtliga de berörda laboratorierna gemensam djurexperimentell avdelning.

En anstalt sådan som den ifrågavarande bör jämväl ha tillgång till specialutbildade *narkosläkare* samt till viss organisation för *kontroll av vårdens resultat* (kap. 10). Vissa av centralsjukhusets kliniker äro av den art, att den öppna vården kommer att intaga en stor plats. Det torde då vara nödvändigt, att åtgärder vidtagas för att bereda dessa klinikers ofta långväga patienter *inackordering* utanför anstalten. Denna uppgift bör anföras åt *kuratorsexpeditionen* å modersjukhuset.

Kommittén har även beaktat de uppgifter, som böra tillkomma centralanstalten på utbildningens område. Här pekas först på den *specialistutbildning av läkare* som bör äga rum vid de olika klinikerna och institutionerna. Vidare föreslås att vissa *repetitionskurser* för läkare förläggas till anstalten och att dessa erhålla samma finansiella stöd som motsvarande kurser på annat håll. Slutligen föreslås mot bakgrunden av kommitténs utredning den 5 december 1946 rörande distriktssköterskornas verksamhet i Norrland att en *distriktssköterskeskola* förläggas till anstalten och att — därest så kan ske — vid denna skola jämväl meddelas undervisning som leder till kompetens att handhava förlossningar (kap. 11). Förslaget om inrättande av en distriktssköterskeskola i Norrland är dock icke beroende av att den centrala sjukvårdsanstalten kommer till stånd.

Vid val av *förläggningssort* för centralanstalten har kommittén ansett de grundläggande synpunkterna böra vara, att anstalten blir så centralt belägen som möjligt inom upptagningsområdet och att den blir belägen i centrum av en relativt betydande tätortsbebyggelse samt att förläggningssorten helst också utgör huvudort för ett större område av Norrland. Härtill kommer att centrallasarettet å förläggningssorten (modersjukhuset) bör vara fullt utbyggt. Med dessa utgångspunkter har kommittén ingående diskuterat frågan om förläggningssorten ur såväl geografiska som demografiska och kommunikationssynpunkter (kap. 12). Kommitténs majoritet har härvid stannat för *Umeå* som den lämpligaste förläggningssorten.

Kommittén har beräknat *personalbehovet* vid centralanstalten till 209 personer, därav 12 överläkare och 11 underläkare (kap. 13).

De beräknade *byggnadskostnaderna* (kap. 14) sluta på ett sammanlagt belopp av 7 000 000 kronor. *Inventarie- och utrustningskostnaderna* uppgå till 1 875 000 kronor inklusive radium och 1 450 000 kronor utan radium. *Driftskostnaderna* ha beräknats till 1 850 000 kronor motsvarande en vård-dagskostnad av 22 kronor 76 öre.

Av flera skäl men framförallt med hänsyn till det intima samarbete som måste komma till stånd mellan centralanstalten och dess landstingsdrivna modersjukhus har kommittén föreslagit att modersjukhusets landsting skall inträda som *huvudman* även för centralanstalten (kap. 15).

Centralanstalten och dess modersjukhus böra ledas av en *gemensam direktion*, där vissa ledamöter böra utses av Kungl. Maj:t och övriga av landstinget. Möjlighet bör beredas för de tre landsting, som icke äro företrädda i direktionen, att i vissa fall sända representant för att delta i dess överläggningar. Kommittén föreslår gemensam styresman och gemensamt sysslomannakontor för båda anstalterna. För distriktssköterskeskolan bör tillsättas särskild styrelse enligt medicinalstyrelsens bestämmelser.

Det har varit kommitténs mening, att inrättandet av centralanstalten skall eliminera de särskilda svårigheter — bristen på storstadsbebyggelse, landstingsområdenas struktur etc. — som medverkat till att Norrland kommit i efterhand i fråga om specialistvård. Med hänsyn bland annat härtill har kommittén funnit skäligt att staten påtager sig huvudansvaret för *finansieringen* av centralanstalten såväl i fråga om engångskostnader som driftskostnader.

Engångskostnaderna för centralanstalten uppgå enligt ovan till 8 875 000 kronor. Kommittén har utgått från att förläggningens landsting härav bör ansvara för ett belopp motsvarande kostnader för byggnad och utrustning av vissa av landstinget för egen räkning redan planerade institutioner, som onödiggöras genom inrättandet av norrlandssjukhuset. Västerbottens läns landsting har i angivna sammanhang i skrivelse till kommittén utfäst sig att gälda 1 000 000 kronor i byggnadskostnad och 270 000 kronor i utrustningskostnad. Statens engångskostnader skulle enligt det anförda belöpa sig till 7 605 000 kronor. På grund av de fördelar, som ett genomförande av kommitténs ifrågavarande förslag skulle medföra för förläggningens landsting, har kommittén funnit skäligt att tomtområde och vissa byggnader, som lämpligen kunna utnyttjas gemensamt av modersjukhuset och Norrlandssjukhuset, iordningställas och ställas till kostnadsfritt förfogande genom landstingets försorg. Västerbottens läns landsting har i anslutning härtill utfäst sig att på egen bekostnad tillhandahålla och iordningställa tomt, värmecentral, tvättanläggning, köks- och matsalslokaler, vissa föreläsningsslokaler etc.

Driftskostnaderna ha beräknats till 1 850 000 kronor. I fråga om dessa kostnader ligger en parallell till de bestämmelser som reglera finansieringen av Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet nära till hands, så mycket mera som riksplatserna vid nämnda sjukhus hittills fungerat som specialanstalt för Norrland. Kommittén har med hänsyn härtill räknat med att landstingen inom upptagningsområdet (de fyra nordligaste länen) skola bidra till driftskostnaderna vid centralanstalten med samma belopp som de nu ha att erlægga till de nämnda stockholmsanstalterna, d. v. s. med 2:50 kronor per vård dag, eller — vid av kommittén beräknade 81 000 vård dagar — med tillhoppa 202 500 kronor. Kommittén har vidare funnit lämpligt, att förlägningsortens landsting förutom samma vårdavgifter som övriga landsting erlägger dels ett belopp motsvarande de beräknade driftskostnaderna för av landstinget för egen räkning planerade institutioner och dels ett belopp motsvarande 5 % av de beräknade bruttokostnaderna för hela centralanstalten. Västerbottens läns landsting har i förstnämnda avseende utfäst sig att erlægga 126 000 kronor för år. I fråga om förslaget att landstinget skulle ansvara jämväl för 5 % på bruttokostnaderna för driften har landstinget framfört vissa betänkligheter.

Då kommittén av flera skäl funnit mindre lämpligt att låta statens driftsbidrag utgå på grundval av en av landstinget varje år upprättad stat, har kommittén föreslagit att statens medverkan till finansieringen lämnas i form av ett efter särskilda grunder fastställt *statsbidrag* till landstinget, som ansetts böra ansvara för eventuellt överskjutande belopp. Detta förslag har i princip godtagits av Västerbottens läns landsting. Viss justering av bidraget bör verkställas årligen i efterhand med hänsyn till det verkliga antalet vård dagar. Det årliga statsbidraget till driften skulle med hänsyn till det anförda (efter 5 % avdrag av bruttokostnaden) komma att uppgå till omkring 1 429 000 kronor.

Hemställen.

Med hänvisning till vad som sålunda anförts får norrlandskommittén hemställa att Kungl. Maj:t måtte föreslå 1948 års riksdag

dels att fatta principbeslut om inrättande, så snart tidsförhållandena det medgiva, av en central sjukvårdsanstalt i Norrland med den utformning och de uppgifter som angivits i det föregående.

dels ock att anvisa medel för utarbetande av ritningar och arbetsbeskrivningar samt övriga förberedande åtgärder för igångsättande av byggnadsarbeten m. m. för den åsyftade anstalten.

Med avseende å kommitténs förslag om anordnande av distriktssköterskeutbildning i Norrland, hemställer kommittén, att Kungl. Maj:t måtte uppdraga åt medicinalstyrelsen eller 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen att utarbeta detaljerat förslag i frågan.

Del II

NORRLANDS CENTRALA TANDVÅRDSANSTALT

Doc II

NORRIS, J. W.
TANDLER, J. W.

AVD. A. INLEDANDE UPPGIFTER OCH SYNPUNKTER.

Kap. 17. Norrlandsbefolkningens tandförhållanden.

Norrlandskommittén har som tidigare i olika sammanhang angivits verkställt en översyn av aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor i Norrland. Som ett led i denna översyn gjorde kommittén under augusti—september 1944 genom medicinalstyrelsen en

1) **rundfråga till tjänsteläkare** i Norrland rörande bland annat hälsovårdsproblem som voro aktuella inom distrikten och som kunde antagas vara utmärkande för norrländska förhållanden. Rundfrågan berörde samtliga provinsialläkaredistrikt i Norrland (102 stycken) samt samtliga extra provinsialläkare, stadsläkare, municipalläkare och köpingsläkare (sammanslagt 33 stycken) eller summa 135 läkare. En del av dessa ha emellertid på grund av den korta tid de tjänstgjort i Norrland eller av andra orsaker icke ansett sig kunna giva något utlåtande i de omfrågade spörsmålen.

Vid bearbetningen av svaren på rundfrågan visade det sig att tandfrågan var det ojämförligt mest uppmärksammade hälsovårdsproblemet. Icke mindre än 46 distrikt hade tagit upp denna fråga, därav 42 i de 3 nordligaste länen. Uttalandena tyda på att förhållandena mångenstädes äro skrämmande.

Ur svaren på rundfrågan må följande uttalanden återgivas.

Offerdals distrikt: »Vad hälsotillståndet i övrigt beträffar har jag frapperats av de dåliga tänderna. Varje mottagning komma ungdomar i tonåren och vilja ha sina tänder utdragna. Ibland rör det sig om starkt karrerade tänder, som inte kunna räddas, men inte sällan är det fråga om relativt obetydliga defekter, som med fördel skulle kunna plomberas.» — Hede distrikt: »Vad distriktet lider mest av är att det icke finnes någon möjlighet till tandvård. Tjänsteplikt för unga tandläkare synes här böra förekomma.» — Gäddede distrikt: »I vad mån ensidig föda, överskott på kolhydrat, kalkhaltigt dricksvatten eller andra hygieniska faktorer ha betydelse för utvecklingen av tandcaries och parodontos (svårartade tandköttssjukdomar) kan jag givetvis ej bedöma, men båda dessa åkommor ha en fruktansvärd utbredning bland befolkningen här. De flesta ungdomar i 20-årsåldern ha ruinerade tandgårdar eller ha redan skaffat sig protes, och parodontosen är vanlig redan i unga år.» — Månsåsens distrikt: »Beträffande övriga hälsovårdsproblem finnes allttjämt intet mera brännande än att möjlighet till tandvård beredes.» — Byske distrikt: »Det synnerligen dåliga tillståndet med utbredd caries

i vilket barnens tänder i stor utsträckning befinna sig i dessa trakter vill man ju också tillskriva en olämplig kost även om det är svårt att leda det i bevis.» — Umeå distrikt: »Tändernas tillstånd bland barnen är även betydligt sämre än söderut.» — Stensele distrikt: »...torde tandvårdsproblemet vara mest aktuellt. Tandrotan är synnerligen utbredd och det är ingalunda ovanligt att se ungdomar i 15—20 årsåldern med fullständigt ruinerade bett.» — Lycksele distrikt: »Tandvården är här ett särskilt tråkigt problem, utbredd tandcaries finner man synnerligen ofta redan hos tonåringar, och någon större förståelse för bättre vård av tänderna föreligger i allmänhet ej. Den allmänna uppfattningen synes ofta vara, att tänderna är till för att värka ut och småningom ersättas av proteser. Samma erfarenhet har jag även från Lit i Jämtland, där tänderna ofta redan några år efter avslutad skoltandvård voro i ett synnerligen bedrövligt tillstånd.» — Norsjö distrikt: »Dock lider befolkningen i oerhörd hög grad av tandröta. Brister i kosten och ett i allmänhet dåligt dricksvatten torde bära största skulden till tandrötans utbredning, men bristen på konserverande tandvård har även sin del däri.» — Kågedalens distrikt: »...i första hand tandfrågan. Det är sorgligt att se dessa ungdomar, som redan vid 16—20 år och även tidigare ha alla tänderna förstörda eller redan skaffat sig löständer.» — Sorsele distrikt: »Det för närvarande mest trängande är att tandvården snarast blir ordnad.» — Malåträsk distrikt: »Skulle man tala om några folksjukdomar, skulle det vara 'värken' (reumatiska sjukdomar) och tandröta. Tändernas dåliga tillstånd torde också bidra till relativt vanliga magtarmrubbingar.» — Arvidsjaur distrikt: »Det mest brännande hälsovårdsproblemet för Lapplands vidkommande synes mig vara tandvården. Tandcaries har en skrämmande utbredning. De flesta 3-åringar har caries och många konfirmander ha redan tandproteser. Tandläkarbristen är skrämmande.» — Pajala distrikt: »...tandcaries i oerhörd omfattning.» — Kiruna distrikt: »Tandvården är sorglig. I en avgångsklass i en byskola hade nästan alla barnen hösten 1943 15—20 nedcarierade tänder.»

Kommittén har ytterligare uppmärksammat följande utredningar som mer eller mindre direkt beröra tandvårdsförhållanden i Norrland.

2) Medicinalstyrelsens norrlandsundersökning 1929—1931.¹ I denna ingick även en undersökning på skolbarn från olika platser i övre Norrland. Materialet för undersökningen insamlades från 19 olika orter i Västerbottens och Norrbottens län och omfattade sammanlagt 2 879 skolbarn. Dessa orter sammanfördes till 6 grupper, vilka var för sig ansågos representativa för olika områden av Norrbotten och Västerbotten. Grupperna innefattade följande orter:

1. Stensele, Sorsele, Dorotea, Tärna, Killinge.
2. Åsele, Lycksele, Norsjö, Bjurholm, Vindeln.
3. Umeå, Bureå, Byske.
4. Kiruna, Jukkasjärvi.
5. Jokkmokk, Arvidsjaur.
6. Kalix, Övertorneå.

¹ En socialhygienisk undersökning i Västerbottens och Norrbottens län 1929—31, Lund 1934.

För att erhålla jämförelsematerial verkställdes en liknande undersökning på 4 varandra närliggande platser i Skåne. Här undersöktes sammanlagt 389 skolbarn. Denna undersökning kan givetvis icke anses på något sätt representativ för Skåne och ännu mindre för de övriga delar av landet som icke omfattades av norrlandsundersökningen.

Kariesfrekvensen inom de olika grupperna redovisades i medicinalstyrelsens undersökning i ett antal tabeller. I överskådlighetens intresse ha dessa av norrlandskommittén sammanställts i nedanstående tablå. Grupperna ha benämnts efter den första orten i grupperna.

Tabell 13. Kariesförhållandena i det permanenta bettet hos skolbarnen i åldern mellan 7 och 15 år.

	Stensele	Åsele	Umeå	Kiruna	Jokkmokk	Kalix	Skåne
Kariesfria							
antal	130	25	54	63	4	5	24
%	33,3 %	6,9 %	7,2 %	7,9 %	1,4 %	1,8 %	6,2 %
Lätt karies							
antal	223	226	479	432	170	136	267
%	57,2 %	62,6 %	63,5 %	53,8 %	57,6 %	49,3 %	68,6 %
Medelsvår karies							
antal	34	76	142	176	77	81	83
%	8,7 %	21,1 %	18,8 %	21,9 %	26,1 %	29,3 %	21,3 %
Svår karies							
antal	3	34	79	132	44	54	15
%	0,8 %	9,4 %	10,5 %	16,4 %	14,9 %	19,6 %	3,9 %
S u m m a							
antalet under- sökta	390 st.	361 st.	754 st.	803 st.	295 st.	276 st.	389 st.
%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Sammanställningen utvisar att Kiruna-, Jokkmokk- och Kalix-grupperna — vilka grupper innefatta samtliga undersökta orter i Norrbotten med undantag av Killinge — ha hög frekvens av svår karies (15—20 %) under det att Skånegruppen här endast uppvisar omkring 4 %. Jokkmokk och Kalix ha även utpräglat lågt antal kariesfria barn (1—2 %).

Uppgifterna äro vidare märkliga såtillvida som de visa att Stenselegruppen, som representerar den inre lappmarken, intar en särställning i fråga om svår karies som här endast konstaterats i mindre än 1 % av de undersökta fallen. Denna grupp omfattar även det ojämförligt största antalet kariesfria, 33 %.

I övrigt utvisade undersökningen bland annat att norrlandsgrupperna såväl i fråga om tandställningen som ifråga om svårare tandköttinflammation

tioner voro avgjort sämre ställda än skånegruppen. Här må dock erinras om den ovan påtalade bristande representativiteten i skåneundersökningen.

Uppgifter som i förevarande avseende äro av stort intresse ha lämnats i en av prof. G. Westin och prof. H. Wold sammanställd

3) översikt av 1942 års tandmönstring av inskrivningsskyldiga. Översikten är intagen som bil. 3 till betänkande angående tandvården vid försvarsväsendet avgivet av försvarsväsendets tandvårdsutredning 1941 (S.O.U. 1944:61). Omkring 30 % av samtliga inskrivna vid 10 inskrivningsområden berördes av undersökningen. Norrland representerades av Västerbottens och Jämtlands inskrivningsområden. I det följande lämnas några uppgifter och citat ur utredningen i syfte att belysa tandsjukdomarnas relativa frekvens i de berörda norrlandslänen.

Kariesfrekvensen har i utredningen beräknats efter flera olika metoder. Genomgående ha norrlandszonerna i dessa beräkningar placerats som nr 7 och 8 bland de 10 inskrivningsområdena. Härvid har den zon som haft den lägsta kariesfrekvensen placerats som nr 1. Då i dessa siffror även ingå värnpliktiga från de vid 1929—31 års norrlandsundersökning konstaterade områdena i Västerbotten med synnerligen låg kariesfrekvens, synes denna i övriga områden ha varit anmärkningsvärt hög. I 1942 års tandmönstring anföres härom följande.

»I Västerbotten finnas sålunda icke mindre än drygt 6 man per 100 med 20—28 felfria tänder och även Jämtland har här en hög siffra med 5 man av 100. Fyndet ger anledning till jämförelse med norrlandsundersökningens resultat. Även där konstaterades, att medan den kariösa förstörelsen i dess helhet var hög, förefunnos zoner med anmärkningsvärt låg kariesfrekvens. Det är påtagligt, att en representation av dessa i kariesavseende lågfrekventa områden även föreligger i nu undersökt material.»

Det ovan anförda bestyrker att kariesfrekvensen i Västerbotten med undantag för sistnämnda områden är mycket hög.

Vissa skador i emaljen benämnas *emaljhypoplasier*. Som väsentlig orsak till denna sjukdom har man påvisat bristen på vitamin D. Härom anfördes i utredningen.

»Denna brist, som åstadkommer engelska sjukan eller rachitis, är antingen föranledd därav, att kosten är fattig på vitamin D, eller att barnet icke erhåller den bestrålning av ultraviolett ljus på huden, vilken aktiviserar underhudsfettet till bildande av vitamin D. Därigenom komma dessa emaljskador huvudsakligen att drabba barn, som uppväxa under fattiga förhållanden med brist på de dyrbara fettämnen, smör och ägg, särskilt om uppfödningen skett i trånga och mörka bostäder, och barnen på grund av brist på skodon eller varma kläder under den kalla årstiden måste stängas inomhus. Nära kombinerad med denna D-vitaminbrist är A-vitaminbristen, som även den i svårare fall kan ge upphov till emalj-

hypoplasi. — — — De olika emaljhypoplasityperna ha fördelats på de undersökta 10 inskrivningsområdena. Därvid visar det sig att norrlandszonen Västerbotten markerar sin särställning med en fruktansvärd utbredning av emaljhypoplasier. Över 33 % av de undersökta männen inom denna zon registrerade dessa emaljskador. Denna iakttagelse överrensstämmer väl med Norrlandsundersökningens fynd, där svåra allmänna näringsskador påvisades just i Västerbotten. Av särskilt intresse är även att jämföra resultaten från Västerbotten och Jämtland. Därvid visar det sig nämligen, att Jämtlandszonen är anmärkningsvärt fri från emaljhypoplasier, i det att dessas frekvens ligger långt under totala medelvärdet med endast 7 man av 100. Västerbottensbygdens stora fattigdom, bristfälliga kostföreling och dåliga barnuppfödning, åtminstone under den period, som här avläses, giva sannolikt förklaringen.»

I fråga om *gingiviter* (inflammationer i tandköttet) anfördes i utredningen följande:

»De olika gingivatyperna ha fördelats på inskrivningsområden. Därvid framgår, att gingivans sjukdomsbild är utpräglat geografiskt bestämd. Utomordentligt stora skilljaktigheter föreligga i den registrerade fördelningen. Såsom påpekats i kap. 1, kan dock den geografiska variationen delvis vara skenbar, beroende på de 10 observatörernas individuella bedömningsgrunder vid klassificering av sjukdomens gränsfall. — Vad först de svåraste fallen beträffar, redovisar Västerbotten icke mindre än 20 man av 100 i denna grupp. Detta är av särskilt intresse, emedan det överrensstämmer med fynden från Norrlandsundersökningen. Hårt drabbade områden äro även Småland med 20 fall i den svåraste gruppen, men endast 41 fall med banal gingivit, av vilken typ Västerbotten har 68. Normala fall har i Västerbotten endast registrerats hos 12 man på 100. — — — Av 100 man, som utöva daglig munhygien, ha över hälften normala gingiva, medan endast 6 man ha de svårare gingivitformerna. Men av 100 man som äro obekanta med munhygien, ha endast 7 man normalt gingiva, medan 18 man ha de svårare gingivitformerna. Gingivittendensen i 20-års-åldern framträder alltså, av dessa siffror att döma, såsom ett av munhygienens bestämt komplex.»

För klassificering av antalet *extraherade* (*saknade*) *tänder* bland det undersökta materialet, som huvudsakligen utgjordes av män i 20 års åldern, ha de olika områdena indelats i 4 grupper. Undersökningen kommenterades på följande sätt.

»Den första och lättast skadade gruppen utgör Stockholm, Skåne och Dalarna. I Stockholm har varje man i medeltal mellan 2 à 3 tänder utdragna, i Skåne nästan 3 och i Dalarna mellan 3 och 4. I den andra gruppen ingå Närke, Östergötland och Gotland. Här äro medelvärdena ungefär likartade, 4½ tand per man. I grupp 3 räknas Göteborg-Bohus län och Småland, där tandförlusten för Göteborg-Bohus län är nästan 5 tänder och i Småland över 5 tänder per man. Den svåraste skadan visar den fjärde gruppen med de båda Norrlandszonerna Jämtland och Västerbotten. I Jämtland äro per man mellan 6 och 7 tänder borta, i Västerbotten över 7 tänder.»

Hela den ifrågavarande utredningen men framför allt sistnämnda siffror, belyser på ett skrämmande sätt tandförhållandena hos manlig ungdom

i Norrland. Situationen ter sig än mer allvarlig mot bakgrunden av det i 1929—31 års norrlandsutredning konstaterade förhållandet att kvinnorna i åldern 16—45 år ha dubbelt så hög kariesfrekvens som männen och att denna differens ökar ytterligare efter 45-års-åldern.

Under åren 1943, 1944 och 1945 journalfördes ett stort antal värnpliktiga

4) vid den militära tandpolikliniken i Umeå. Journalmaterialet har välvilligt ställts till förfogande för kommittén av tandläkare Harald Sundén i Umeå. I den statistiska bearbetningen ha endast medtagits värnpliktiga som inskrivits i norrländska inskrivningsområden. Antalet undersökta norrlänningar var 4 734. Åldern varierade från 18—24 år men det ojämförliga flertalet — 4 239 — voro 21 år. Undersökningen gav vid handen att 18 % av patienterna redan tidigare hade protes (helprotes eller protes i en käke) samt att ytterligare minst 20 % voro i behov av protes. Dessa uppgifter komplettera och bekräfta på ett tydligt sätt uppgifterna från 1942 års tandmönstring rörande antalet extraherade tänder.

Ovan berörda förhållanden bestyrkas ytterligare av vissa uppgifter i en i februari innevarande år i Svensk tandläkartidskrift publicerad

5) statistisk undersökning rörande folktandvården i Sverige. Undersökningen, som på uppdrag av medicinalstyrelsen verkställdes under ledning av numera medicinalrådet A. B. Maunsbach, innefattade ett rikt material. Ifrågavarande undersökning har emellertid endast avsett åren 1941—1944, vid vilken tidpunkt omfattningen av folktandvården ännu var ytterst ringa i flertalet av norrlandslänen.

Västernorrlands och Jämtlands län hade sålunda endast 1 respektive 2 polikliniker i verksamhet. Antalet år 1944 behandlade barn vid dessa kliniker var 75 respektive 322. Det är givet att man av detta material med hänsyn till dess ringa omfattning och koncentrationen till 1 respektive 2 platser i vardera länet icke kan draga några närmare slutsatser rörande befolkningens tandförhållanden. Även materialet från Västerbottens och Norrbottens län berör endast mindre delar av länen. Antalet behandlade barn är emellertid här av en helt annan storleksordning, 3 043 respektive 3 760 och även antalet polikliniker, 5 respektive 9, medger ju en viss generalisering framför allt i det senare fallet. De uppgifter som äro mest betydande för barnens tandförhållanden är antalet i folktandvården under år 1944 utförda extraktioner per 1 000 av karies angripna tänder. Detta antal var — i fråga om permanenta tänder — för hela landet 63 men för Västerbottens län 133 och för Norrbottens län ej mindre än 182, d. v. s. omkring 3 gånger så stort som genomsnittssiffran för hela landet.

Samstämmigheten i de fem ovan berörda utredningarna berättigar till slutsatsen att tandförhållandena inom stora områden av de fyra nordligaste länen äro synnerligen bristfälliga och tämligen genomgående sämre än inom riket i övrigt. Samtidigt synes det otvivelaktigt att det inom angivna län finnes mindre områden där tandförhållandena äro anmärkningsvärt goda trots att möjligheterna till tandvård äro mycket ringa. Att de bristande möjligheterna att erhålla tandvård i avsevärd grad medverkat till de dåliga tandförhållandena synes emellertid ställt utom allt tvivel. Härom talas närmare i följande kapitel.

Något uttalande om i vilken utsträckning nedärvd disposition, levnadsförhållanden eller måhända rasförhållanden påverkat tandförhållandena kan i nuvarande läge icke göras. En viss ledning kan emellertid erhållas genom studium av de nykomna tänderna i det permanenta bettet, d. v. s. av ett material som icke i nämnvärd grad kunnat påverkas av den bristande tillgången på tandvård. I tabell E i den ovan berörda statistiska undersökningen rörande folktandvården redovisas bland annat den aktuella kariesprocenten (= det procentuella antalet karierade tänder med obehandlad karies) för permanenta tänder på skolbarn i klass 1. Kariesprocenten var år 1945 bland barn i Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län 34,7 respektive 27,3 och 28,1 medan motsvarande siffra för hela landet var 24,1 %. Härvidlag är sålunda skillnaden mellan tandförhållandena i övre Norrland och i övriga Sverige — även om den är tydligt skönjbar — ej på långt när så stor som ifråga om tandförhållandena hos äldre personer. Det anförda skulle likväl kunna tyda på att även andra förhållanden än den bristfälliga tandvården medverkat till de dåliga tandförhållandena i Norrland. Att bidra till klarläggandet av orsaken härtill torde bli en av de förnämsta uppgifterna för den i det följande föreslagna forskningsorganisationen.

Kap. 18. Tandvården i Norrland.

Den förnämsta anledningen till de otillfredsställande tandförhållandena i Norrland har i ovannämnda rundfråga till provinsialläkare m. fl. (se kap. 17) angivits vara bristande möjligheter att erhålla tandvård, d. v. s. i första hand bristen på tandläkare. Till belysning av tandvårdsförhållandena i Norrland har kommittén från respektive tandvårdsinspektörer inhämtat nedan i tab. 14 sammanställda uppgifter rörande antalet tandläkare — såväl privatpraktiserande som folktandvårdstandläkare — inom de 4 nordligaste länen samt deras placeringsorter den 1 januari 1946.

Tabell 14. Antal privatpraktiserande tandläkare och tandläkare inom folktandvården i de 4 nordligaste länen den 1/1 1946.

	Privatpraktiserande tandläkare	Tandläkare i folktandvården
Västernorrlands län	Sundsvall 19	Alnö 1
	Skönsberg 2	Timrå 1
	Kvissle 2	Söråker 1
	Stöde 1	Backe 1
	Fränsta 1	Bollstabruk 2
	Johannisberg 1	Bjästa 2
	Ånge 2	Själevad 3
	Sörberga 1	Husum 1
	Härnösand 9	
	Örnsköldsvik 6	
	Sollefteå 4	
	Kramfors 2	
	Bjärträ 1	
	Ullånger 1	
	52	12

S:a tandläkare 64
 Antal tandläkare per 10 000 innevånare 2,3

	Privatpraktiserande tandläkare		Tandläkare i folktandvården	
Jämtlands län	Östersund	22	Bräcke	1
	Bräcke	1	Brunflo	1
	Hammarstrand	1	Gällö	1
	Hammerdal	1	Lit	1
	Järpen	1		
	Strömsund	2		
	Sveg	1		
	Svenstavik	1		
	Åre	1		
	Funäsdalen	1		
		<hr/>		
		32		4

S:a tandläkare 36
 Antal tandläkare per 10 000 innevånare 2,5

Västerbottens län	Bjurholm	1	Nordmaling	2
	Umeå	11	Hörnefors	1
	Vindeln	1	Umeå	1
	Vännäs	1	Holmsund	1
	Lycksele	3	Dorotea	1
	Åsele	1	Byske	1
	Burträsk	1		
	Robertsfors	1		
	Bureå	1		
	Skellefteå	8		
	Vilhelmina	1		
		<hr/>		
		30		7

S:a tandläkare 37
 Antal tandläkare per 10 000 innevånare 1,6

Norrbottnens län	Arvidsjaur	1	Antnäs	1
	Boden	6	Gammelstad	1
	Gällivare	1	Hortlax	1
	Haparanda	1	Korpilombolo	1
	Jokkmokk	1	Luleå	3
	Kiruna	4	Kalix	1
	Luleå	5	Norr fjärden	1
	Malmberget	2	Pajala	2
	Kalix	3	Roknäs	1
	Piteå	5	Råneå	1
	Vittangi	1	Tärendö	1
	Älvsbyn	1	Töre	1
	Övertorneå	1	Öjebyn	1
			Överkalix	2
		<hr/>		
		32		18

S:a tandläkare 50
 Antal tandläkare per 10 000 innevånare 2,2

	Privatpraktiserande tandläkare	Tandläkare i folktandvården
De fyra nordligaste länen	S:a 146	41
S:a tandläkare	187	
Antal tandläkare per 10 000 innevånare ..	2,1	
Övriga Sverige	S:a 2 177	289
S:a tandläkare	2 466	
Antal tandläkare per 10 000 innevånare ..	4,3	
Hela landet	S:a 2 323	330
S:a tandläkare	2 653	
Antal tandläkare per 10 000 innevånare ..	4,0	
Stockholms stad	S:a 680	—
S:a tandläkare	680	
Antal tandläkare per 10 000 innevånare ..	10,1	

Antalet yrkesutövande tandläkare i hela landet var den 1 januari 1946 enligt svenska tandläkaresällskapet och Sveriges tandläkareförbunds förteckning 2 653. Av dessa voro enligt tab. 14 endast 187 eller 7 % bosatta i något av de 4 nordligaste länen. Hela antalet privattandläkare var 2 323. Av dessa voro 146 eller omkring 6 % bosatta i de 4 nordligaste länen. Angivna procentuella uppgifter böra ses mot bakgrunden av att invånarantalet i nämnda län motsvarade drygt 13 % av hela landets befolkning.

Uppgifterna i tab. 14 ge vidare vid handen att privattandläkarna i Norrland i övervägande grad slå sig ned i de större städerna. Denna tendens är särskilt framträdande i Jämtlands län, där ej mindre än 22 av länets 32 privattandläkare bosatt sig i residensstaden, men den är även tydlig i övriga länen. Sålunda äro 22 av Västerbottens läns 30 privattandläkare bosatta i någon av länets 3 städer och ej mindre än 40 av Västernorrlands läns 52 privattandläkare bosatta i någon av länets 5 städer. Denna ojämna geografiska fördelning av tandläkarna i förening med de stora avstånden skärper ytterligare tandläkarbristen i Norrland. I läkarenqueten framhålles även från flera håll att avståndet från provinsialläkarens stationeringsort till närmaste tandläkare är 10—15 mil.

I tab. 15 nedan lämnas vissa uppgifter rörande folktandvårdens omfattning den 1 april 1946 i de 4 nordligaste länen. Dessa uppgifter böra sammanställas med de ovan i tab. 14 redovisade uppgifterna. Siffrorna äro emellertid ej helt överensstämmande då tab. 14 har avseende å förhållandena i januari och tab. 15 i april 1946.

Tabell 15. Antal distriktstandläkare i folktandvården den 1 april 1946.

L ä n	Enligt medicinalstyrelsens planer	Tjänstgörande den 1/4-46	d ä r a v		Utläningar bland vikarierna
			ordinarie	vikarier	
Norrbottnens	53	17	5	12	4
Västerbottnens	52	8	2	6	4
Jämtlands	31	4	1	3	2
Västernorrlands ..	56	11	6	5	2
Summa för de 4 nordligaste länen	192	40	14	26	12

Som av angivna uppgifter framgår tjänstgjorde i de fyra nordligaste länen endast 40 av planerade 192 tandläkare. Av dessa 40 tandläkare voro endast 14 ordinarie. Resten voro utläningar eller nyexaminerade tandläkare med obligatorisk tjänstgöring. Norrbotten hade kommit längst i utbyggnaden med sammanlagt 17 tandläkare fördelade på 14 platser (enl. tab. 14 18 tandläkare). Endast 5 av de 17 tandläkarna voro emellertid ordinarie. Jämtland synes ligga sämst till. Folktandvård hade här endast inrättats på 4 platser och tandvården handhades i 3 fall av vikarier. Härjedalen saknade helt folktandvård. Ingen av de 17 annexpolikliniker som äro planerade för de 4 nordligaste länen hade börjat sin verksamhet. Ambulerande polikliniker saknades helt och ha heller icke upptagits i medicinalstyrelsens planer.

Enligt tab. 14 hade den 1 januari 1946 i de 4 nordligaste länen 41 distriktstandläkare tillsatts (huvudsakligen som vikarier). Detta motsvarar 21 % av det planerade antalet (192, jfr tab. 15). I övriga delar av landet motsvarade antalet inom folktandvården tjänstgörande tandläkare vid samma tidpunkt (289) 33 % av det planerade antalet (873). Om man utgår från de senast tillgängliga siffrorna (nov. 1946) blir motsvarande siffra för de 4 nordligaste länen 28 % och för övriga landet 42 % (se den ovan i kap. 17 berörda, på uppdrag av medicinalstyrelsen genomförda statistiska undersökningen rörande folktandvården som anger att i de 4 nordligaste länen tillsatts 55 och i övriga län 373 distriktstandläkare). Även i fråga om folktandvårdens utbyggnad ha sålunda svårigheterna i Norrland visat sig större än i övriga delar av landet.

Sammanfattningsvis må nämnas att hela antalet tandläkare per 10 000 invånare för de 4 nordligaste länen var 2,1 och för övriga Sverige 4,3. Stockholms stad intager en särställning med ej mindre än 10,1 tandläkare per 10 000 invånare.

Det senast anförda har närmast haft avseende å distriktstandvården. Enligt planerna för folktandvården skall även en s. k. centraltandpoliklinik inrättas i varje län. Av norrlandslandstingen har emellertid hittills

endast Västerbottens landsting inrättat sådan poliklinik. Dessa poliklinikers uppgifter avhandlas närmare i kapitel 20.

I det föregående har angivits att antalet tandläkare per 10 000 invånare i de 4 nordligaste länen var 2,1 men i Stockholm ej mindre än 10,1. Trots det relativt höga antalet tandläkare i Stockholm torde emellertid stockholmsbefolkningens tandförhållanden icke kunna betecknas som genomgående tillfredsställande. Kommittén hänvisar härvid till den i kap. 17 lämnade uppgiften att de inmönstrade 20-åringarna i Stockholm vid 1942 års tandmönstring i genomsnitt hade 2 à 3 tänder extraherade. Den omständigheten att de nyexaminerade tandläkarna hittills i stor utsträckning visat benägenhet att efter examen kvarstanna i Stockholm trots det stora antalet vakanser vid folktandvården tyder även på att behovet av tandläkare i huvudstaden ännu icke är fyllt. Då sålunda en tandläkarefrekvens av 10,1 tandläkare per 10 000 invånare icke förmått att tillgodose den på en enda plats koncentrerade stockholmsbefolkningens tandvård är det uppenbart att en frekvens av 2,1 tandläkare på ett område som motsvarar omkring hälften av landets yta måste vara i hög grad otillräckligt.

Till ytterligare belysning av tandläkarebehovet i Norrland må framhållas följande.

För närvarande finnes i Norrland 2,1 tandläkare på 10 000 invånare, d. v. s. i runt tal en tandläkare på 5 000 invånare. Försvarsväsendets tandvårdsutredning 1941, som har verkställt tämligen omfattande tidsstudier på här ifrågavarande område, har räknat med att s. k. årlig revidering av bettet hos en person som sedan barndomen årligen skött sina tänder, i genomsnitt bör draga en tid av en timme per patient. Om man, såsom nämnda utredning, räknar med att tandläkarna i landet i genomsnitt ägnar omkring 1 600 timmar årligen åt effektivt tandvårdsarbete skulle enbart för årlig revidering erfordras mer än 6 tandläkare på 10 000 invånare d. v. s. 3 gånger så många tandläkare som de som för närvarande finnas i Norrland. Det aktuella behovet är emellertid oerhört mycket större med hänsyn till alla dem som i Norrland äro i behov av fullständig munsanering. Härom må anföras följande:

I sina ovan berörda undersökningar har tandvårdsutredningen beräknat, att med nuvarande tandstatus hos värnpliktiga skulle för fullständig munsanering och restitution av bettet på 40 000 värnpliktiga under ett år erfordras 160 tandläkare, d. v. s. varje tandläkare skulle under ett år medhinna dylik behandling endast på 250 personer. En mycket stor del av Norrlands befolkning torde vara i behov av sådan behandling. Kommittén hänvisar i detta sammanhang till de ovan (i kap. 17) återgivna uttalanden som gjorts i kommitténs rundfråga till norrlandsläkarna. Det erinras vidare om att tandvårdsbehovet vid 1942 års tandmönstring visade

sig vara mycket stort i de norrländska inskrivningsområdena (obs. bland annat att materialet visade i genomsnitt 6 à 7 extraherade tänder per person). Samtidigt bör beaktas att materialet vid nämnda undersökning var män i 20-årsåldern och att medicinalstyrelsens norrlandsutredning ansett sig kunna konstatera att kariesfrekvensen bland kvinnor i 16—45 årsåldern i Norrland var dubbelt så hög som hos männen samt att denna skillnad ökade i högre åldrar. I genomsnitt för olika kön och åldrar synes man sålunda böra räkna med att en mycket stor del av norrlandsbefolkningen är i behov av sådan behandling som här avses.

Det anförda utvisar att en högst väsentlig utökning av tandvårdsmöjligheterna för norrlandsbefolkningen erfordras även för att tillgodose de mest elementära kraven på tandvård. Frågan om vilka vägar som här kunna beträdas avhandlas närmare i följande kapitel.

Kap. 19. Allmänna synpunkter rörande tandvården i Norrland.

Som i kap. 18 påvisats är antalet privattandläkare i Norrland relativt ringa jämfört med i de södra delarna av landet. Någon ändring av detta förhållande torde knappast kunna påräknas inom överskådlig tid. Så länge brist på tandläkare i de södra delarna av landet föreligger måste man nämligen räkna med att många tandläkare föredraga att slå sig ned där. Anförda förhållanden liksom den i kap. 18 påvisade ojämna geografiska fördelningen av de befintliga privattandläkarna i Norrland medför att befolkningen där i helt annan utsträckning än i övriga delar av landet är beroende av den allmänna tandvården. I samma riktning verkar den relativt låga ekonomiska standard som är rådande hos stora befolkningsgrupper i Norrland och som medför att de endast i begränsad omfattning ha råd att anlita privattandläkare. Svårigheten att utbygga folktandvården blir därför av en helt annan betydelse för norrlandsbefolkningen än för befolkningen i övriga delar av landet. Allvaret i detta problem framstår särskilt tydligt mot bakgrunden av den i kap. 17 lämnade redogörelsen för tandförhållandena i Norrland.

Då det gäller att täcka behovet av tandläkarpersonal har den allmänna tandvården att kämpa mot större svårigheter än privattandvården, eftersom det finnes en tydlig tendens hos de nyexaminerade tandläkarna att vid valet mellan tjänstgöring inom folktandvården eller privatpraktik till övervägande delen välja det senare alternativet. Till avhjälpande av *tandläkarbristen* ha redan flera betydelsefulla åtgärder vidtagits. Kommittén erinrar om att riksdagen hösten 1945 beslutat inrätta två nya tandläkarinstitut på platser som framdeles skulle bestämmas samt att 1946 års riksdag beslutat förlägga det ena institutet till Malmö och även anslagit medel till uppförande av ett institut på nämnda plats. Norrlandskommittén som tidigare i ett annat sammanhang anmält sin avsikt att framlägga vissa förslag på förevarande område, får härvidlag hänvisa till vad som nedan under Avd. C anföres rörande anordnande av tandläkareutbildning i Norrland.

I detta sammanhang må även erinras om att folktandvårdssakkunniga ha att överväga åtgärder i syfte att stimulera rekryteringen till folktandvården varvid bl. a. även skall övervägas införande av kallorts- eller enslighetstillägg för befattningshavare i distriktsvården.

I avvaktan på att de ovan berörda åtgärderna för att häva tandläkarbristen skola leda till resultat är det givetvis av vikt att folktandvården i första hand utbygges i sådana trakter som ha störst behov därav. Behovet av en utbyggnad av folktandvården är i varje fall i Norrland mycket olika på olika platser. Å ena sidan finnas åtskilliga platser där tandvårdsbehovet blivit i avsevärd utsträckning tillgodosett på andra vägar än genom folktandvård, exempelvis genom kommunal tandvård eller genom privatpraktiserande tandläkare. Å andra sidan finnas platser, där behovet av en utbyggnad av folktandvården är särskilt trängande därför att varje möjlighet att erhålla tandvård inom överkomligt avstånd från hemorten saknas. Behovet av en utbyggnad av folktandvården är vidare som i det föregående framhållits beroende av befolkningens tandförhållanden samt av dess ekonomiska möjligheter att anlita privatpraktiserande tandläkare etc. Kommittén erinrar även om sådana orter som på grund av avflyttning av tandläkare (i allmänhet tandläkare med obligatorisk tjänstgöring) fått avbryta påbörjad skoltandvård och som därför äro i behov av en kontinuerlig tandvård för att vidmakthålla de vunna resultaten. Det synes givetvis särskilt angeläget, att folktandvården i första hand utbygges i sådana trakter, som nys angivits. I sådant syfte har kommittén i skrivelse den 16 januari 1946 framfört vissa förslag i anslutning till vad medicinalstyrelsen (i skrivelse den 29 november 1945) anfört rörande en förlängning av lagen om viss begränsning av legitimation som tandläkare samt rörande stipendier för blivande distriktstandläkare.

Det föreligger brist icke blott på tandläkare utan även på annan tandvårdspersonal nämligen på kvalificerade *tandtekniker* och *tandsköterskor*. I förevarande avseende hänvisar kommittén till vad som nedan i kap. 21 anföres i fråga om inrättande av en tandteknikerskola och en tandsköterskeskola i Norrland.

I anslutning till tandläkarutbildningssakkunnigas förslag (i betänkande Del II S. O. U. 1946:87) om försöksutbildning av s. k. tandhygienister har norrlandskommittén med utlåtande den 25 januari 1947 överlämnat en av kommittén verkställd utredning rörande skoltandvården på *Nya Zeeland*. Även i förevarande avseende hänvisas till vad som anföres i kap. 21 nedan samt till bil. III.

Vid sidan av de ovan berörda med personalbristen sammanhängande frågorna kunna även andra åtgärder ifrågakomma som verka i riktning mot en förbättrad tandvård i Norrland.

I fråga om distriktstandvården må sålunda först framhållas att kommittén verkställt en preliminär utredning rörande folktandvården inom ödemarksdistrikten. Kommittén har härvidlag övervägt viss försöksverksamhet i syfte att få fram för tandvården i *ödemarksdistrikten* särskilt

ändamålsenliga anordningar. Utredningsmaterialet kommer att efter överarbetning överlämnas till folktandvårdssakkunniga.

Frågan om en *utökning av antalet tandläkare för vuxna i folktandvården* synes vidare vara förtjänt av uppmärksamhet. De av medicinalstyrelsen fastställda planerna för folktandvården äro icke definitiva utan ändras efter hand som nya erfarenheter göras vid verksamhetens utbyggnad. Vid prövning av dessa frågor har man emellertid enligt gällande bestämmelser icke att taga någon hänsyn till det större eller mindre antalet förefintliga privattandläkare på orten, trots att man torde ha förutsatt — åtminstone för den nu levande generationen — att den ojämförligt största delen av tandvården för vuxna skall handhavas av privattandläkare¹. På sådana orter där befolkningen saknar möjlighet att anlita privattandläkare — något som är fallet på många orter i Norrland — brister tydligen nämnda förutsättning. Det synes då erforderligt att i stället i viss utsträckning utöka antalet tandläkare för vuxna i folktandvården. Denna fråga vilken på längre sikt är av särskilt intresse för Norrland torde böra uppmärksammas av folktandvårdssakkunniga.

I fråga om möjligheterna att erhålla tandvård som av sina utövare kräver specialutbildning (specialisttandvård) är norrlandsbefolkningen ännu sämre ställd än i fråga om vanlig tandvård trots att behovet därav relativt sett torde vara mycket stort. Specialisttandvård meddelas i Stockholm av befattningshavarna vid tandläkarinstitutet såväl vid allmän mottagning som i deras privatpraktik. Motsvarande möjligheter komma att erbjudas vid tandläkarinstitutet i Malmö. Viss specialisttandvård meddelas även vid Eastmaninstitutet i Stockholm samt av vissa lasarettständerläkare. I de södra delarna av landet utövas även specialisttandvård av ett tämligen stort antal privatpraktiserande tandläkare som erhållit sin utbildning vid tandläkarinstitutet i Stockholm eller utomlands. I Norrland torde dylik privat praktik förekomma endast i ett fåtal fall. Den specialisttandvård som meddelas vid centraltandpolikliniken i Umeå — den enda i de fyra nordligaste länen — omfattar förutom patienterna på lasarettet endast ett försvinnande ringa antal fall (se kap. 20).

Med hänsyn till det anförda och till den ovan berörda höga frekvensen av svårartade tandsjukdomar i Norrland har norrlandskommittén i anslutning till det i Del I av detta betänkande framförda förslaget om inrättande av ett specialistsjukhus i Norrland funnit sig böra pröva huruvida icke vid angivna sjukhus jämväl borde inrättas ett antal kliniker för tandvård av här ifrågavarande slag. Det säger sig självt att kommittén —

¹Det anförda synes bl. a. framgå av att man i folktandvården för tandvård åt vuxna anslagit viss maximitid som är mindre än för barntandvården oaktat de vuxna (över 15 år) utgöra mer än 3 gånger så stort antal som barnen och oaktat den erforderliga behandlingen per patient för de vuxna (som icke erhållit tandvård successivt från barndomen) är vida mer tidskrävande än för barnen.

som kommit tämligen långt i sina överväganden av denna fråga innan folktandvårdssakkunniga tillsattes — sedermera under utredningens gång stått i kontakt med de sakkunniga.

Ifrågavarande spørsmål avhandlas närmare under avdelning B nedan (kap. 20—24). Under avdelning C avhandlas som i det föregående omnämnts möjligheten att förlägga tandläkarutbildning till dessa kliniker.

Bland åtgärder för en förbättrad tandvård i Norrland intar givetvis *forskningen* en betydelsefull plats. Kommittén erinrar härvid om vad som i kap. 17 anförts rörande tandförhållandena i Norrland. De i samma kapitel redovisade undersökningarna tyda på förekomsten av stora områden i Norrland med hög frekvens av svårartade tandsjukdomar men även av mindre områden vid sidan därav med anmärkningsvärt låg sjukdomsfrekvens. Detta är en situation som i första hand ställer krav på positivt tandvårdande åtgärder men som samtidigt utgör ett lämpligt utgångsläge för bedrivande av forskning. Möjligheterna till samarbete med den i Del I föreslagna specialistanstalten är även av stort värde för en norrländsk forskningsinstitution på tandvårdens område. Forskningsverksamheten skulle givetvis i första hand bedrivas med utgångspunkt från norrländska förhållanden. Förevarande fråga avhandlas närmare i det följande under kap. 21.

AVD. B. TANDVÅRDSANSTALT UTAN TANDLÄKARUTBILDNING.

Kap. 20. Anstaltens uppgifter på tandvårdens område.

Som i kapitel 19 angivits har kommittén på där anförda skäl funnit sig böra överväga huruvida icke den i Del I av detta betänkande föreslagna sjukvårdsanstalten borde kompletteras med vissa specialkliniker även på tandvårdens område.

Vissa möjligheter att erhålla specialiserad tandvård finnas nu inom folk-tandvårdens ram. Härom gäller följande. Folk tandvård lämnas i första hand genom distriktstandpolikliniker. Tandläkarna på dessa kliniker skola under ett år ägna minst 1 000 arbetstimmar åt barntandvård och 900 arbetstimmar åt vård av vuxet klientel. Vid vissa distriktstandpolikliniker syssla emellertid en del tandläkare uteslutande med behandling av barn, under det andra ägna hela sin arbetstid åt behandling av det vuxna klientelet. Man skulle i dessa fall kunna tala om en begynnande specialisering. Sjukdomar eller skador, vilkas behandling är av så komplicerad natur, att den icke kan utföras på distriktstandpoliklinikerna kan av dessa hänvisas till behandling vid länets centraltandpoliklinik.

Centraltandpoliklinikerna, av vilka minst en skall finnas inom varje landstingsområde eller stad utom landsting, äro avsedda att tillgodose dels, som nyss angivits, de komplicerade tandvårdsfall inom ifrågavarande landstingsområde eller större stad, för vilkas behandling erfordras en mer specialutbildad personal och en mera speciell utrustning, dels det vid klinikens modersjukhus inneliggande klientelet samt sjukhusets personal, dels ock folk tandvård i allmänhet. Dessa polikliniker äro nära anknutna till

vederbörande centrallasarett och utgöra integrerande delar av desamma. Centraltandpoliklinikerna äro sålunda på en gång att uppfatta som specialavdelningar vid ifrågavarande lasarett, jämförbara med exempelvis öron-, näs- och halsavdelningar eller ögonavdelningar, och som komplement till respektive landstingsområdets distriktstandpolikliniker.

Centraltandpolikliniker ha hittills endast inrättats i fem landstingsområden nämligen i Kristianstads län, Södermanlands län, Västmanlands län, Uppsala län och Västerbottens län. Samtliga dessa kunna emellertid icke sägas vara i full verksamhet. Härför skulle nämligen erfordras att distriktstandvården, som skall tillhandahålla en stor del av remissfallen, vore fullt utbyggd inom respektive landstingsområden. Så är emellertid icke fallet. I Västerbottens län exempelvis tjänstgjorde enligt tab. 15 den 1 april 1946 endast 8 av 52 planerade distriktstandläkare. Endast 2 ordinarie distriktstandläkare hade tillsatts. Det är naturligt om remissverksamheten under dylika omständigheter blivit av tämligen obetydlig omfattning och tyngdpunkten av poliklinikernas verksamhet fallit på sjukhus-tandvården och den lokala tandvården.

Vid centraltandpoliklinikerna arbeta i allmänhet endast en tandläkare. Denne är i de flesta fall, förutom lasarettstandläkare och tandläkare för remissfallen, även tandvårdsinspektör i det egna länet. Undantag från denna regel har dock gjorts i Kristianstads län där arbetsuppgifterna delats på två befattningshavare, en tandvårdsinspektör, vilken samtidigt är föreståndare för distriktstandpolikliniken i Kristianstads stad, samt en centraltandpoliklinikföreståndare. Tandvårdsinspektörer ha däremot tillsatts i samtliga landstingsområden.

Erfarenheterna under de år som gått efter ikraftträdandet av bestämmelserna rörande folktandvården tyda på att väsentliga modifikationer måste vidtagas i den ovan berörda organisationen. I direktiven för 1946 års folktandvårdssakkunniga har också utsagts att de sakkunniga skola ägna uppmärksamhet såväl åt ordningen för tandvårdsinspektionens utövande som åt specialisttandvård.

Norrlandskommittén har från tandvårdsinspektörerna i de 4 nordligaste länen samt i Kristianstads län, ävensom från föreståndaren för centraltandpolikliniken i sistnämnda län inhämtat vissa uppgifter rörande deras erfarenheter från arbetet. Av de tämligen samstämmiga uttalandena att döma, synes lämpligheten av en sammankoppling på lång sikt av de ifrågasatta arbetsuppgifterna kunna starkt ifrågasättas. Bland annat framhölls i avgivna svar, att då folktandvården blivit fullt utbyggd inspektionsuppgiften skulle komma att taga en otillbörlig del av lasarettstandläkarens tid i anspråk. Det framhölls även att ifrågavarande båda tjänster till sin art äro så vitt skilda, att det måste möta stora svårigheter att besätta

dem med personer som äro lämpade för båda uppgifterna. Man torde med hänsyn till det anförda kunna förvänta att i framtiden en uppdelning av ifrågavarande arbetsuppgifter på flera befattningshavare kommer att verkställas.

Enbart en sådan åtgärd synes emellertid icke tillräcklig för att giva erforderlig kapacitet åt centraltandpoliklinikerna som specialistanstalter. Kommittén erinrar om att föreståndaren för centraltandpolikliniken förutom remissfallen också skall ombesörja tandvård för patienter på centrallasarettet och dessutom i viss utsträckning även sedvanlig folktandvård. Det är under sådana omständigheter naturligt att — därest endast en tandläkare finnes på polikliniken — denne får relativt ringa tid över för remissfallen. Härtill kommer att en person knappast kan besitta tillräcklig kompetens för att fungera som specialist på samtliga de områden av tandvården som ifrågakomma till specialistvård. Även denna omständighet måste inverka hämmande på remissverksamheten. I själva verket torde tandläkarna ingenstades i landet mera allmänt remittera patienter till centraltandpoliklinikerna. Det finnes skäl att antaga att tandläkarna icke ens i de fall där goda möjligheter till sådan remiss föreligger utnyttja dessa möjligheter. Detta bekräftades vid en sammankomst i april 1946 mellan representanter för norrlandskommittén och vissa grupper av de norrländska tandläkarna. Till belysning av det anförda får kommittén hänvisa till i bil. II intagna årsredogörelse för verksamheten vid centraltandpolikliniken i Umeå år 1945. Därav synes framgå att remissverksamheten under angivna år i vad gäller remisser från privatpraktiserande tandläkare och från folktandvårdsläkare är mycket ringa.¹ Vid centraltandpolikliniken i Kristianstad — vilken som ovan nämnts är den enda i riket där föreståndaren är befriad från uppgiften som tandvårdsinspektör och vilken i motsats mot polikliniken i Umeå har att ur remissynpunkt tillgodose bland annat en tämligen fullständigt utbyggd distriktsorganisation — voro remissfallen år 1946 likväl endast 437 till antalet. Det är av intresse att sammanställa dessa uppgifter med en del uppgifter ur en — senare i detta kapitel redovisad — rundfråga till tandläkare, som norrlandskommittén verkställt för att utröna behovet av en remissanstalt i Norrland. På denna rundfråga svarade bl. a. 6 i Umeå bosatta privatpraktiserande tandläkare motsvarande hälften av tandläkarna i staden. Dessa uppgåvo att de under den tid undersökningen varade — 1 månad — konstaterat respektive 0, 1, 5, 8, 9 och 12 eller sammanlagt 35 fall (i det närmaste 6 fall per tandläkare) som de skulle ha remitterat till specialisttandvård om en *särskild differentierad anstalt* härför funnits tillgänglig. 35 remissfall i månaden motsvarar 420 remissfall om året, eller enbart från läkare i Umeå mångdubbelt flera fall än som under år 1945 synas ha inkommit till central-

¹ Enligt uppgift från centraltandpolikliniken försvåras emellertid möjligheterna att tillgodose remissbehovet genom bristande lokalutrymmen.

tandpolikliniken från hela Västerbottens län och föga mindre än antalet remisser till polikliniken i Kristianstad från hela Kristianstads län. Av det anförda framgår att man knappast kan tänka sig att specialisttandvården skall kunna tillfredsställande ordnas enbart genom centraltandpolikliniker som arbeta efter nuvarande system.

Som av det sagda framgår har i varje fall hittills det inom sjukvården allmänt tillämpade remissförfarandet för specialistbehandling endast i ringa omfattning tillämpats inom tandvården. Under sådana omständigheter är det givetvis svårt att få en uppfattning om i vilken utsträckning behov av dylik behandling föreligger. Enligt vad kommittén inhämtat från representanter för tandläkarinstitutets lärarråd och ledamöterna (för tandvårdsfrågor) av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd är det emellertid otvivelaktigt att varje allmänpraktiserande tandläkare måste ha ett icke obetydligt *behov av att remittera svårare fall inom samtliga huvudavsnitt inom odontologien till specialbehandling*. Endast ett ringa antal tandläkare får efter studietiden, som omfattar 4—5 år, tillfälle till specialistutbildning och ingen torde kunna förvärva någon högre grad av skicklighet inom *samtliga* områden av odontologien. Den erfarenhet en tandläkare på egen hand kan förvärva genom behandling av enstaka svårartade fall i sin praktik torde endast i undantagsfall kunna skapa någon större skicklighet att bedöma och behandla dylika fall. De fall som här närmast åsyftas äro paradentopatifall (fall av tandlossnande) och vissa andra tandkirurgiska fall (ex. tekniskt svårare rotspetsoperationer), vidare vissa plattprotesfall samt mera invecklade bryggkonstruktioner och det övervägande antalet tandregleringsfall ävensom fall där rubbningar i det allmänna hälsotillståndet i väsentlig grad bidragit till munsjukdomens uppkomst, exempelvis tandlossnande vid sockersjuka. Som av kap. 17 framgår äro många av ifrågavarande missbildningar och sjukdomar synnerligen vanliga i Norrland. Här må ytterligare nämnas att 1942 års tandmönstring av inskrivningsskyldiga visade att i Västerbotten omkring 20 man av 100 ledo av svårare paradental skada med tendens till tandlossnande. Denna undersökning gällde 20-åriga ynglingar, vilken kategori man av erfarenhet vet relativt sällan brukar angripas. Betydligt vanligare är sjukdomen hos något äldre individer (40-årsåldern och däröver) samt hos kvinnor. Att Norrland är i behov av ökade remissmöjligheter för specialisttandvård synes sålunda tydligt. Behovets omfattning är däremot svårare att precisera.

Det är givet att en tandläkare, som har möjlighet att remittera sina patienter till specialistbehandling på samma ort där han själv utövar praktik, i allmänhet kommer att utnyttja remissmöjligheten oftare än tandläkare på andra orter. Överhuvudtaget inverkar givetvis avståndet till remissanstalten i viss mån hämmande på patientfrekvensen. I den mån annan remissmöjlighet ej står till buds torde man emellertid kunna räkna med

ett tämligen vidsträckt remissområde för en anstalt för specialisttandvård i synnerhet om patienten skulle befrias från, eller erhålla mer avsevärd nedsättning av kostnaderna för resan. Kommittén erinrar i detta sammanhang om att specialistsjukvården för Norrlands del hittills huvudsakligen tillgodosetts genom remisser till behandling på anstalter i Stockholm eller till privatpraktiserande specialister därstädes.

I detta sammanhang må framhållas att det åsyftade remissförfarandet icke alltid måste innebära att patienten personligen inställer sig på anstalten. Exempelvis torde i en del tandregleringsfall åtgärder kunna vidtagas på patientens hemort efter anvisningar som befattningshavare vid anstalten lämna vid tjänsteresor som företagits i sådant syfte eller — möjligen — efter korrespondens. Även i övriga fall synes det böra åligga anstaltens befattningshavare att tillhandagå andra tandläkare med konsulterande verksamhet.

För att få en ungefärlig uppfattning om det antal remissfall som en anstalt för specialisttandvård i Norrland skulle kunna få mottaga har kommittén vänt sig till privat tandläkare och tandläkare inom folktandvården i de 4 nordligaste länen med hemställan om deras medverkan i en utredning i sådant syfte. Varje i undersökningen deltagande tandläkare skulle under en kortare tid — kommittén föreslog 1 månad — anteckna varje fall i sin praktik som enligt hans åsikt borde ifrågakomma till remiss. Vid undersökningen skulle användas en av norrlandskommitténs uppställd blankett. Någon hänsyn till att resan för patienten kunde bli relativt kostnadskrävande skulle icke tagas. Genom att anknyta undersökningen till ett verkligt patientmaterial avsåg kommittén att eliminera den osäkerhet i uppgifterna som lätt kan vidlåda uttalanden vilka endast grunda sig på tidigare erfarenhet. Det hade emellertid varit önskvärt med en längre undersökningstid än en månad men kommittén räknade med att man icke kunde besvära tandläkarna med undersökning under längre tid. Som väntat fullföljdes också undersökningen endast av en mindre del av de tillfrågade. Sålunda inkommo uppgifter från 22 tandläkare, motsvarande omkring 12 % av hela antalet tandläkare i de 4 nordligaste länen (187). Deltagandet torde emellertid kunna anses vara tillräckligt omfattande för att man genom undersökningen skall kunna få en antydan om behovet. Av de 22 tandläkarna synas 2 (utlänningar) ha missuppfattat kommitténs frågeformulär. Dessa tandläkare ha därför uteslutits ur den följande redovisningen som alltså innefattar uppgifter från sammanlagt 20 tandläkare. Tandregleringsfallen från skoltandvården redovisas för sig i det följande. De 20 tandläkarnas remissfall fördelade sig enligt följande uppställning.

Tabell 16. Antal remissfall under en månad per uppgiftslämnande tandläkare i nedanstående orter.

I Uppgiftslämnarens praktikort	II Marginala paradental-sjukdomar	III Övriga tandkirurgiska fall ¹	IV Protesfall	V Övriga fall ²	VI Summa remissfall
Luleå	4	0	0	3	7
Skellefteå	1	1	1	1	4
Umeå	0	1	2	2	5
»	0	0	0	0	0
»	0	0	0	1	1
»	3	2	2	1	8
»	3	2	4	3	12
»	3	0	2	4	9
Själevad	0	0	0	0	0
Lycksele	0	0	0	1	1
Östersund	0	1	0	1	2
»	3	0	0	0	3
Åre	0	0	0	0	0
Husum	0	0	0	0	0
Alnö	0	0	0	0	0
Sundsvall	2	0	0	0	2
Timrå, Östrand ...	0	1	0	0	1
Bjästa	1	0	0	0	1
»	0	2	0	0	2
Gällö	6	0	0	0	6
Summa	26	10	11	17	64

¹ Exempelvis retinerade tänder och cystor.

² Exempelvis då en grundlig medicinsk undersökning anses önskvärd.

Som framgår av kol. I, äro ett relativt stort antal uppgiftslämnare bosatta i Umeå och i Sundsvallstrakten, vilket måhända tyder på att man räknat med att anstalten skulle placeras i någon av nämnda städer. Kommittén hade emellertid då ifrågavarande undersökning företogs ännu icke tagit ställning till frågan om förläggningsorten. I övrigt fäster man sig vid att uppgifter lämnats från orter utmed hela norrlandskusten under det att inlandet endast är representerat av Östersund, Gällö, Åre och Lycksele.

Uppgifterna i kol. VI utvisa att remissbehovet är tämligen skiftande. Fem av de 20 (22) uppgiftslämnarna hade icke haft någon enda remisspatient under undersökningsmånaden. Högsta antalet patienter ha rapporterats från Umeå, där 3 tandläkare hade respektive 8, 9 och 12 remisspatienter. Genomsnittliga remissbehovet utgjorde 3,2 remisspatienter per månad (64 remissfall från 20 läkare). Häri ha då icke inräknats tandregleringsfallen. Om remissbehovet vore lika stort hos de tandläkare som icke deltagit i undersökningen — något som icke är uteslutet — skulle antalet remisser per år utgöra 1 421 från Västerbottens län och 3 341 från

Västerbottens och Norrbottens län tillsammans. Vid full utbyggnad av folktandvården i Väster- och Norrbottens län enligt nuvarande planer (ytterligare 80 tandläkare jfr tab. 15) skulle remissbehovet för angivna län uppgå till 6 413 fall per år. Behandlingstiden per remissfall är svår att angiva. Vissa fall kunna vara mycket tidsödande, andra åter taga relativt kort tid i anspråk. För att icke överdimensionera behovet räknar kommittén här med en genomsnittlig behandlingstid av 2 timmar per patient — en tid som måste anses vara tilltagen grovt i underkant. Enbart remissvården för de 2 nordligaste länen skulle då draga en tid av omkring 13 000 timmar motsvarande 7—8 heltidsarbetande tandläkare. Häri ha då icke inräknats remisser från läkare eller specialtandvård för sjukhusens räkning. Kommittén vill emellertid i detta sammanhang än en gång understrika att angivna beräkningar endast syfta till att ge en antydning om behovet av remissvård. Beräkningen av personalbehovet i kap. 22 stöder sig sålunda i första hand icke på dessa beräkningar utan på behovet av lokal tandvård.

En jämförelse mellan kolumnerna II, III, IV och V i tab. 16 utvisar att s. k. marginala paradentalsjukdomar är den vanligaste remissorsaken (26 fall mot 10 respektive 11 och 17 fall inom övriga sjukdomsgrupper). Enligt vad som framgår av det föregående äro också dessa sjukdomar särskilt vanliga i vissa norrlandslän.

Som exempel på fall som upptagits under kol. V, d. v. s. fall då en grundlig odontologisk-medicinsk undersökning ansetts önskvärd, må följande beskrivningar citeras: »Marginal paradentalsjukdom, som ej reagerar på vanligt sätt för behandling». »Patienten har höjd sänka utan att läkaren kunnat finna anledningen härtill. En för 4 år sedan rotfylld tand med apical bennedsmältning som betydligt minskats men ej försvunnit efter rotbehandlingen orsak till sänkan?». »3 fall av florid karies». »Grov aktiv karies; behov av grundlig internmedicinsk undersökning, salivundersökning etc». »25-årig fru, normalt sett fullt frisk men med höggradig paradentosis». »Utbredd sekundär karies» etc.

Som ovan angivits ha tandregleringsfall icke medtagits i den ovan redovisade undersökningen. Tandregleringar böra helst utföras i ungdomsåren. Remisser på vuxet klientel för tandreglering torde sålunda komma att tillhöra undantagen. I fråga om tandregleringsfallen har kommittén därför vänt sig till skoltandläkare i Norrland med hemställan om uppgift på antalet elever — i avgångsklassen i respektive skola — som vid senaste undersökning voro i behov av tandreglering. Uppgift skulle jämväl lämnas om hela antalet elever i klassen. Utredningen har endast kommit att omfatta skoltandvård vid folktandvårdspolikliniker och kommunala skoltandpolikliniker i Västerbottens och Västernorrlands län. Folktandvården i angivna län har emellertid som av tab. 14 framgår hittills endast genom-

förts i mycket begränsad omfattning. Svar erhöles från 11 skoltandläkare. I 4 skolor hade emellertid tandvården ännu icke hunnit genomföras i avgångsklassen, varför de efterfrågade uppgifterna icke kunde lämnas. Hela materialet består därför av uppgifter från 7 skolor innefattande sammanlagt 574 elever i avgångsklassen. Svaren redovisas i följande uppställning.

Tabell 17. Antalet elever i avgångsklassen i vissa folkskolor i Västerbottens och Västernorrlands län som uppgivits vara i behov av tandreglering.

S k o l o r t	Antal elever i avgångsklassen	Behov av tandreglering bland dessa	%
Umeå	62	13	21
Holmsund	18	2	11
Sundsvall	121	24	20
Alnö	86	13	15
Timrå	51	13	25
Husum	36	14	39
Själevad	200	25	13
	574	104	18

Behovet av tandreglering varierar mellan 11 och 39 %. 104 av 574 barn eller 18 % voro i behov av tandreglering. Detta är anmärkningsvärt högt i synnerhet som i uppgifterna icke medtagits barn som tidigare erhållit tandreglering. Ehuru ifrågavarande undersökning med hänsyn till sin uppläggning och den relativt ringa omfattningen av materialet icke tillåter några siffermässiga slutsatser, ger den likväl en otvetydig anvisning om att behovet av tandreglering bland skolbarnen i Norrland är mycket stort. Mest anmärkningsvärt är kanske att minimibehovet av tandreglering bland ifrågavarande 7 avgångsklasser uppgick till icke mindre än 11 % av barnen. I den största i undersökningen ingående skolan (Själevad) med 200 elever har behovet konstaterats utgöra 12,5 %. Det må i detta sammanhang understrykas att de i tab. 17 lämnade uppgifterna avse behandlingar som endast mera sällan kunna meddelas på distriktstandpolikliniker och skoltandpolikliniker eller hos privattandläkare utan specialistutbildning. Någon gång sökes måhända vård i Stockholm men praktiskt taget samtliga de i tab. 17 redovisade fallen torde dock bli lämnade utan behandling eller i de svårare fallen bli hänvisade till korrigerings genom extraktion och protes.

Vid en rationalisering av specialisttandvården ligger det givetvis närmast till hands att tänka sig en utbyggnad av centraltandpoliklinikerna varigenom dessa tillfördes kvalificerade specialister inom olika områden av odontologien. Detta är emellertid en dyrbar och genomgripande reform som knappast torde böra företagas innan man genom försöksverksamhet i en eller annan form fått större klarhet om det verkliga behovet av specia-

listtandvård inom olika områden. Den nuvarande bristen på specialutbildade tandläkare lägger dessutom hinder i vägen för en dylik utbyggnad inom överskådlig tid. I detta sammanhang må erinras om att ännu då detta skrives — 9 år efter folktandvårdsorganisationens genomförande — endast 5 centraltandpolikliniker inrättats i hela landet och att en bidragande orsak härtill torde ha varit bristen på kvalificerad tandläkarpersonal. Likväl har man vid uppläggandet av den nuvarande organisationen endast räknat med 1 tandläkare per centraltandpoliklinik.

I detta läge — då en allmän utbyggnad av centraltandpoliklinikerna till differentierade specialistanstalter av ovan angivna skäl knappast torde ifrågakomma — synes det lämpligt att i första hand utbygga *en* centraltandpoliklinik för att tillgodose Norrlands särskilt trängande behov av specialisttandvård men även för att härigenom samla erfarenheter för den slutliga lösningen av specialtandvårdens problem. Ett särskilt gynnsamt tillfälle härtill erbjudes i anslutning till kommitténs förslag om inrättande av en specialistanstalt på sjukvårdens område i Norrland. Genom att vid denna anstalt inrätta vissa kliniker för specialisttandvård — vilka skulle ersätta centraltandpolikliniken vid sjukvårdsanstaltens modersjukhus — skulle man även förstärka kapaciteten vid några av de föreslagna klinikerna vid specialistsjukhuset — främst vid den plastikkirurgiska kliniken. Vidare skulle inrättandet av dylika kliniker skapa gynnsamma förutsättningar för att dit förlägga viss utbildning på tandvårdens område liksom även viss forskningsverksamhet, vilka verksamhetsgrenar ävenledes äro särskilt påkallade med hänsyn till norrländska förhållanden (se härom i det följande kap. 21 och under Avd. C). Då ifrågavarande kliniker samtidigt skulle tillgodose behovet av centraltandpoliklinik i förläggningslänet och även i viss utsträckning kunna sägas utgöra en försöksinstitution för den framtida organisationen av specialisttandvården inom folktandvården synas de böra inordnas som ett led i folktandvårdsorganisationen.

Till förebyggande av varje missförstånd må framhållas att kommittén givetvis icke tänkt sig att centraltandpoliklinikerna i andra län än där tandvårdsanstalten är belägen skola försvinna. Vanlig sjukhustandvård kan givetvis icke flyttas utanför respektive anstalt. Detsamma gäller en del andra behandlingar. Framförallt torde tandregleringsfallens behandling böra decentraliseras bland annat med hänsyn till den långa vårdtiden. Intill dess folktandvårdsorganisationen erhållit specialutbildade tandläkare för denna uppgift torde emellertid även en del tandregleringsfall kunna behandlas centralt för ett större område än länet.

Om man för *utformningen av den ifrågavarande anstalten* söker förebilder här i landet torde endast tandläkarinstitutet i Stockholm och Eastmaninstitutet kunna i någon mån tjäna som vägledning.

Tandläkarinstitutet i Stockholm arbetar för närvarande på tre huvudavdelningar, nämligen en tandfyllningsavdelning, en tandkirurgisk avdel-

ning och en protesavdelning. Under dessa sortera även en pulpakirurgisk avdelning (ungefär detsamma som rotfyllningsavdelning), en tandreglerings- och barntandvårdsavdelning, en röntgenavdelning och en allmän mottagningsavdelning. Tandläkarinstitutet kommer inom en nära framtid att omorganiseras, varvid specialavdelningarnas antal avsevärt kommer att öka. För en anstalt av här ifrågasatt slag torde emellertid denna omorganisation knappast vara av större intresse.

Vid Eastmaninstitutet, som huvudsakligen är en anstalt för barntandvård, finnes en tandfyllningsavdelning, en röntgen- och tandkirurgisk avdelning, en tandregleringsavdelning samt en mindre avdelning för tandvård åt vuxna.

Kommittén har vid sina överväganden rörande utformningen av en norrländsk tandvårdsanstalt utgått från å ena sidan att anstalten icke får bli mer omfattande än vad som är erforderligt och å andra sidan att de viktigaste specialiteterna måste bli nöjaktigt företrädde. Härvid har kommittén efter samråd med fackmän inom olika grenar av odontologien stannat för fyra tandvårdskliniker och en röntgenklinik, den senare dock tills vidare endast med en halvtidsanställd tandläkare. Tandvårdsklinikerna skulle utgöras av *en tandfyllningsklinik, en protesklinik, en tandregleringsklinik och en tandkirurgisk klinik.*

Tandfyllningskliniken skulle även handhava rötbehandlingar och dessutom tandvård för barn i förskolåldern i förläggningssorten. Skoltandvården däremot torde lämpligen bära decentraliseras och förläggas till de större skolorna. Härigenom utnyttjas skoltandläkarens tid mest rationellt eftersom han vid återbud eller andra oförutsedda uppehåll i arbetet lätt kan få ett annat barn till behandling. Även med hänsyn till barnens undervisning är det givetvis fördelaktigt att behandlingen lämnas i skolan så att ingen onödigt tid går förlorad. Något hinder föreligger emellertid icke mot att hänvisa skoltandvården från någon eller några närbelägna skolor till anstaltens tandfyllningsklinik.

Det anförda avser icke tandreglering. Som av det föregående framgår har kommittén räknat med att sådan behandling skall handhavas av särskild avdelning på anstalten. Visserligen är det önskvärt med hänsyn till den långa behandlingstiden att i görligaste mån decentralisera denna behandling men det ojämförliga flertalet fall kunna icke behandlas annat än av specialist. Tandregleringskliniken torde dock endast under en övergångstid — intill dess specialvård på detta område hunnit ordnas länsvis — komma att anlitas för remissfall från platser utanför anstaltens förläggningsslän. Föreståndaren för kliniken bör en eller ett par gånger årligen besöka vissa platser inom upptagningsområdet för att personligen undersöka och lämna behandlingsförslag i sådana tandregleringsfall där behandling kan företagas på patientens hemort. Även på annat sätt bör tandregleringskliniken tjänstgöra som rådgivande instans.

Proteskliniken bör ha tillgång till tandläkare med specialistutbildning i käkprotetik, då den i Del I föreslagna sjukvårdsanstalten säkerligen kommer att få stort behov av en dylik specialist. Till proteskliniken bör givetvis anslutas ett laboratorium, vilket även bör tillgodose tandfyllningskliniken behov. Då det är möjligt att patienttillströmningen till tandfyllningskliniken och proteskliniken kommer att visa säsongfluktuationer som icke alltid komma att sammanfalla synes det i början av verksamheten önskvärt med ett visst samarbete klinikerna emellan så att exempelvis då tillströmningen är särskilt stark till den ena av klinikerna personal kan överföras till denna från den mindre belastade kliniken. Detsamma gäller ifråga om anordnande av mottagning för den primära undersökningen av patienter. Då anstalten knappast är av sådan storleksordning att man lämpligen bör anordna en särskild mottagningsavdelning synes den av de två ovan nämnda klinikerna som för tillfället är minst belastad kunna handhåva denna verksamhet.

Till den tandkirurgiska kliniken torde utom vanlig tandkirurgi även böra hänföras planläggningen av paradentoterapi ävensom utförandet av den kirurgiska delen av terapin.

Utfärdande av remiss till en anstalt av ifrågavarande slag föranleder i allmänhet avsevärda kostnader för patienter eller det allmänna för resor, uppehälle på annan ort etc. vilka kostnader skulle undvikas om patienterna kunde erhålla vård i hemorten. Flertalet remisser förorsakar även avsevärd tidsutdräkt för befattningshavarna på anstalten. Man måste därför kräva en viss grad av erfarenhet och mognad hos remissutfärdaren. Enligt de i tab. 15 lämnade uppgifterna voro (i april 1946) av de 40 tandläkare som tjänstgjorde inom folktandvården i de 4 nordligaste länen endast 14 ordinarie. Av de övriga 26 voro 12 utlänningar. De övriga 14 vikarierna utgjordes huvudsakligen av nyexaminerade tandläkare som fullgjorde obligatorisk tjänstgöring. Från tandvårdsinspektörshåll har framhållits för kommittén att det skulle vara mindre välbetänkt att överlämna åt dessa vikarier att på egen hand utfärda remisser av ifrågavarande slag. Norrlandskommittén delar denna uppfattning. Man synes vid remiss från vikarier böra kräva att frågan underställes föreståndaren för centraltandpolikliniken eller tandvårdsinspektören i länet. Ärendet torde emellertid ofta kunna handläggas utan att patienten kommer i personlig kontakt med centraltandpolikliniken eller tandvårdsinspektören. Sålunda torde många ärenden kunna handläggas per telefon, eller genom insändande av beskrivning av fallet jämte röntgenstatus eller modeller framställda från avtryck av käkarna.

Kommittén har i det föregående närmast uppehållit sig vid den ifrågavarande anstaltens uppgift som remissanstalt för specialistfall. Som tidi-

gare framhållits skall emellertid anstalten även fungera som centraltandpoliklinik i förläggningensortens län samt som distriktstandpoliklinik i förläggningensorten med omgivningar.

Uppgiften att fungera som distriktstandpoliklinik är avsedd att garantera en *jämn patienttillgång* till anstalten. Kommittén har räknat med en viss övergångstid innan remissverksamheten kommer helt i gång. Under denna tid torde anstalten böra handhava lokal tandvård i sådan utsträckning som erfordras för beredande av full sysselsättning för personalen. Efter hand som remissverksamheten ökas kan distriktsvården vid anstalten småningom avkopplas genom inrättande av, resp. utökning av sedvanlig distriktstandpoliklinik i förläggningensorten. Därest en sådan utveckling skulle förhindras av gällande bestämmelser rörande folktandvården, exempelvis rörande proportionen mellan barntandvård och vuxen-tandvård, utgår kommittén från att dessa hinder undanröjas.

Om distriktstandvården — som kommittén räknat med — skall kunna fungera som regulator av patienttillströmningen förutsätter detta, att förläggningensorten har ett *tillräckligt stort lokalt befolkningsunderlag* för att skapa sysselsättning för det antal tandläkare som genom tandvårdsanstalten skulle tillföras dem. Härom må anföras följande.

Kommittén har i Del I av detta betänkande föreslagit att den där avhandlade sjukvårdsanstalten skall förläggas till Umeå. Även Sundsvall och Sollefteå ha diskuterats som förläggningensort. I Del I, kap. 12, har kommittén gjort en sammanställning av befolkningssiffrorna i nämnda städer och deras omgivningar. Därav framgår att Umeå inom en 2-mils räjong har 34 500 invånare, Sundsvall 67 000 invånare och Sollefteå 18 500 invånare.

Behovet av tandläkare per invånare bedömes mycket olika. Exempelvis må nämnas att tandläkarutbildningssakkunniga i sitt betänkande Del I synas ha utgått från ett framtida behov av 4 000 tandläkare i landet, vilket på en befolkning av 6 600 000 invånare motsvarar 1 650 invånare per tandläkare. Å andra sidan visar en i Förenta Staterna år 1929 verkställd undersökning (F. Pålsson. Sv. Tandläkarförbundets tidning 1945 s. 654) att varje tandläkare behandlat i genomsnitt 400 patienter per år. Kommittén som icke finner anledning att taga närmare ställning till dessa synnerligen divergerande uppgifter finner att man i förevarande avseende bör kunna utgå från att förläggningensorten för anstalten i varje fall kan sysselsätta ett lika stort antal tandläkare per invånare som huvudstaden nu har, d. v. s. 1 på 1 000. Det må erinras om att tandvården i Stockholm enligt 1942 års tandmönstring föredde avsevärda brister. Sålunda konstaterades det att undersökningsmaterialet (män i 20-årsåldern) i genomsnitt redan hade 2—3 tänder extraherade. Tillströmningen av tandläkare till Stockholm tyder även på att där fortfarande finnes ett tämligen stort behov av tandvård som icke blivit tillgodosett.

Med utgångspunkt från det anförda och under förutsättning att man

inskränker sig till att endast räkna med befolkningen inom 2-mils räjongen skulle Umeå kunna sysselsätta $34\frac{1}{2}$ tandläkare. För närvarande finnas i staden och dess närmaste omgivning 13 tandläkare av vilka dock minst 2 (centraltandpoliklinikföreståndaren och distriktstandläkaren i Holmsund i vad avser vård för vuxna) skulle ersättas av personal vid tandvårdsanstalten. Enligt personalberäkningen i kap. 22 nedan skulle vid tandvårdsanstalten anställas $12\frac{1}{2}$ tandläkare. Sammanlagt skulle sålunda tandläkarkåren i Umeå efter anstaltens inrättande komma att uppgå till $23\frac{1}{2}$ tandläkare, d. v. s. betydligt mindre antal tandläkare per invånare än Stockholm. I Sollefteå finnas inom 2-mils räjongen för närvarande 5 tandläkare. $5 + 12\frac{1}{2}$ (anstaltstandläkare) är lika med $17\frac{1}{2}$ tandläkare, d. v. s. ej fullt en tandläkare per 1 000 invånare eller ungefär samma tandläkarfrekvens som i Stockholm. Även Sollefteå skulle sålunda ha tillräckligt befolkningsunderlag för en anstalt av ifrågavarande slag. Sundsvall ligger i förevarande avseende bäst till, då därstädes endast finnes ett 20-tal tandläkare medan befolkningsunderlaget är 67 000.

Kommittén erinrar om att i ovanstående beräkningar ingen hänsyn tagits till remissstandvården. Att döma av den i tab. 16 redovisade utredningen torde man emellertid kunna räkna med att denna redan från början blir betydande. I varje fall räknar kommittén med att de 4 övertandläkare och $3\frac{1}{2}$ avdelningstandläkare, som enligt kap. 22 skulle anställas vid anstalten, tämligen snart komma att få praktiskt taget full sysselsättning med remissvård och lasarettstandvård samt (för övertandläkarna) privatpraktik. Någon risk för att dessa befattningshavare skola i nämnvärd utsträckning behöva syssla med »vanlig tandvård» synes sålunda icke föreligga. Den distriktstandvård som kan ankomma på anstalten torde så småningom helt komma att handhas av assistenttandläkarna.

Med hänsyn till det anförda förordar norrlandskommittén att ett antal specialkliniker på tandvårdens område inrättas i anslutning till den i Del I av detta betänkande föreslagna specialanstalten på sjukvårdens område och att dessa kliniker sammanföras till en ur vissa synpunkter avskild enhet — en tandvårdsanstalt — som på lämpligt sätt inordnas i folktandvårdsorganisationen.

Kap. 21. Anstaltens övriga uppgifter.

A. Tandteknikerskola och tandsköterskeskola.

Enligt vad som framgår av kap. 18 erfordras en kraftig ökning av antalet tandläkare i Norrland för att kunna tillgodose tandvårdsbehovet. Härav följer att en motsvarande ökning av antalet tandtekniker och tandsköterskor måste komma till stånd. Enligt samstämmiga uppgifter, bl. a. i skrivelser till norrlandskommittén från landstingsdirektörerna i de norrländska landstingen, föreligger redan med nuvarande antal tandläkare vissa svårigheter att förvärva erforderligt antal tandtekniker och tandsköterskor till den norrländska tandvården.

Sedan några år tillbaka utbildas genom en kurs vid tandläkarinstitutet i Stockholm ett 20-tal tandteknikerelever årligen. I övrigt sker utbildningen på privat väg.

Tandläkarutbildningssakkunniga ha i sitt betänkande Del II (S.O.U. 1946:87) uppskattat utbildningsbehovet av *tandtekniker* på längre sikt till 75. Tills vidare torde emellertid, enligt de sakkunniga, genom statens försorg endast böra utbildas omkring 60 tandtekniker om året fördelade på skolor i Stockholm, Malmö och Göteborg. Norrlandskommittén har i utlåtande den 25 januari 1947 över nämnda betänkande gjort gällande att, med de utgångspunkter som de sakkunniga anlagt, utbildningsbehovet av kompetenta tandtekniker knappast kan understiga 100 årligen. I utlåtande över de sakkunnigas ovan berörda betänkande ha folktandvårdssakkunniga framhållit, att de anse omfattningen av den planerade utbildningen av tandtekniker för knapp och föreslagit inrättande av ytterligare en skola med en examinationskapacitet av 20 elever förlagd till Norrland. Även medicinalstyrelsen har föreslagit inrättande av en fjärde tandteknikerskola å lämplig plats i Norrland. En teknikerskola i Norrland har jämväl föreslagits av svenska tandteknikerförbundet. Kanslern för rikets universitet har uttalat, att tandteknikerutbildningen borde underlättas genom att utbildningsanstalterna erhöles en sådan lokal förläggning att de bleve relativt lätt tillgängliga för eleverna. 1947 års riksdag har beslutat föreslå en tillfällig ökning av tandteknikerexaminationen till omkring 70 om året.

I fråga om *tandsköterskor* är behovet måhända ännu mer markerat än i fråga om tandtekniker. Även här sker utbildningen huvudsakligen på privat väg. Dessutom utbildas ett mindre antal vid tandläkarinstitutet och

Eastmaninstitutet. År 1945 utexaminerades vid tandläkarinstitutet 44 tand-sköterskor och vid Eastmaninstitutet 15 tandsköterskor. Norrlandskommittén erinrar om att kommittén föregående sommar (1946), med hänsyn till den aktuella bristen på kompetenta tandsköterskor i Norrland och för att undanröja de svårigheter för en utbyggnad av folktandvården som en dylik brist kunde medföra, i samråd med de norrländska landstingen, tandläkarinstitutet i Stockholm och medicinalstyrelsen tog initiativet till en extrakurs vid tandläkarinstitutet i Stockholm för utbildning av ett 30-tal tandsköterskor för den norrländska folktandvårdens behov. Tandläkarutbildningssakkunniga ha i fråga om tandsköterskor föreslagit inrättande av 5 skolor, därav 2 placerade i Stockholm, 1 i Malmö, 1 i Göteborg och 1 vid lämplig folktandvårdspoliklinik i Norrland. Varje kurs skulle enligt de sakkunniga ha en examinationskapacitet om 20 elever och intagning ske två gånger årligen, varför vid varje skola normalt skulle komma att utbildas 40 tandsköterskor om året. Med hänsyn till beräknad avgång under kurserna ha de sakkunniga räknat med en intagning vid vardera kursen av 25 elever. De sakkunnigas uppskattning av utbildningsbehovet har i stort sett godtagits av statsmakterna.

Det säger sig självt att, därest den i detta betänkande föreslagna tandvårdsanstalten kommer till stånd, sådan undervisning som ovan avsetts bör förläggas dit. Vid tandvårdsanstalten komma nämligen de i Norrland ojämförligt bästa utbildningsmöjligheterna att erbjudas. Sålunda skulle tandteknikerkursen komma att stå under ledning av specialister i protelära med hög kompetens. Vidare är det fördelaktigt att i viss utsträckning utnyttja eleverna i anstaltens verksamhet. Kommittén avser här närmast den av de sakkunniga föreslagna 8 månaders praktikanttjänstgöringen för tandsköterskor (se härom i det följande).

Med hänvisning till vad som anförts i det föregående får norrlandskommittén föreslå, att en tandteknikerskola och en tandsköterskeskola med en examinationskapacitet av *för tandteknikerskolan 20 elever per år och för tandsköterskeskolan 40 elever per år* förlägges i anslutning till den i detta betänkande föreslagna tandvårdsanstalten.

Utbiläningen vid ifrågavarande skolor bör självfallet följa de av tandläkarutbildningssakkunniga föreslagna och av riksdagen godtagna riktlinjerna. I fråga om den förberedande utbildningstiden (2 år för tandtekniker och 4 månader för tandsköterskor) synes denna i allmänhet böra förläggas till folktandvårdspolikliniker eller till privatpraktiserande tandläkare och endast i undantagsfall till tandvårdsanstalten. Tyngdpunkten av utbildningen ligger givetvis i kurserna vid tandvårdsanstalten, som för tandtekniker ha beräknats pågå 10 månader och för tandsköterskor 6 månader. Den efterföljande praktikanttiden — för tekniker 1 år och för sköterskor

8 månader — kan för en del elever lämpligen fullgöras vid tandvårdsanstalten (se närmare härom i kap. 22 och 27).

Beträffande *administrationen av skolorna* har kommittén som av kap. 24 framgår räknat med att den gemensamma direktionen för norrlandssjukhuset och centrallasarettet skall — så länge tandläkarutbildning icke bedrivs vid tandvårdsanstalten — kunna fungera som styrelse för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna. Kommittén hänvisar härvid till vad som av innevarande års riksdag beslutats rörande motsvarande skolor i Göteborg, vilka i avbidan på inrättande av ett tandläkarinstitut där ställes under sjukhusdirektionens ledning.

Frågan om en eventuell *tillsynsmyndighet* för göteborgsskolorna samt frågan om formen för statens medverkan till *finansieringen* av nämnda skolor har ännu icke slutligt avgjorts. Enligt vad kommittén under hand inhämtat ha tandläkarutbildningssakkunniga diskuterat att staten skulle för ifrågavarande ändamål anvisa ett förslagsanslag varav kostnaderna för verksamheten skulle täckas. Den ekonomiska kontrollen, liksom erforderlig tillsyn i övrigt skulle i så fall ankomma på medicinalstyrelsen. De bestämmelser som härvidlag kunna komma att gälla för göteborgsskolorna synas böra tillämpas jämväl på norrlandsskolorna. Om även tandläkarutbildning kommer att bedrivas vid tandvårdsanstalten bör givetvis här som vid tandläkarinstituten tandtekniker- och tandsköterskeutbildningen ställas direkt under lärarkollegiets ledning.

Kostnadsberäkningar för ifrågavarande skolor finnas intagna under kap. 23.

Som i kap. 19 angivits har norrlandskommittén — i anslutning till tandläkarutbildningssakkunnigas förslag om försöksutbildning av ett nytt slags hjälpkrafter inom tandläkarverksamheten, s. k. tandhygienister — med utlåtande den 25 januari 1947 överlämnat en av kommittén verkställd utredning rörande skoltandvården på Nya Zeeland. Anledningen till att kommittén verkställt denna utredning — som avslutats av kommittén innan folktandvårdssakkunniga tillsattes — var att därest nämnda organisation skulle visa sig användbar för svenska förhållanden, skoltandvården här i landet och framförallt i Norrland härigenom skulle kunna genomföras inom en helt annan tidrymd än vad man nu kan räkna med. Utredningen fogas som bilaga till detta betänkande (bil. III). Av utredningen framgår att Nya Zeeland redan omedelbart efter det första världskriget till lösning av liknande svårigheter som de, vilka folktandvården i Sverige nu ha att kämpa mot, skapat en kvinnlig tjänstemannakår av helt ny typ — s. k. dental nurses — vilka utföra det huvudsakliga arbetet inom landets skoltandvård. Dental nurses erhålla 2-årig utbildning. Flertalet av dem ha tidigare avlagt en examen som i stort sett torde motsvara vår studentexa-

men. De utföra på egen hand enklare fyllningar och dylikt på barn i åldern 2½ till 15 år. Landet är för skoltandvården uppdelat i områden som till invånarantalet ungefärligen motsvara våra landstingsområden. I varje sådant område arbeta 80—100 dental nurses under överinseende av en tandvårdsinspektör. Ifrågavarande utredning är av stort intresse bl. a. emedan det nya-zealändska systemet — som därstädes prövats i omkring 25 år och som säges ha utfallit väl — icke torde ha någon motsvarighet i andra länder. I anledning av nämnda utredning har medicinalstyrelsen — som erhållit del därav — i utlåtande den 20 februari 1947 över tandläkarutbildningssakkunnigas ovan berörda betänkande föreslagit, att den nya-zealändska organisationen skulle göras till föremål för direkta studier på ort och ställe och att därefter frågan om införande i svensk social tandvård av en ny kår av hjälpkrafter skulle upptagas till förnyad utredning. Frågan synes förtjänt av fortsatt uppmärksamhet.

B. Fortbildningskurser för tandläkare.

Tandläkarutbildningssakkunniga ha i sitt betänkande Del I sid. 69 och följande framhållit att vissa brister i den hittillsvarande utbildningen vid tandläkarinstitutet medfört behov av kompletterande utbildning inom vissa undervisningsområden. Detta har tagit sig uttryck i anordnandet av vittomfattande fortsättningskurser. Dylika kurser, som arrangerats av de svenska tandläkarorganisationerna, ha under senare år haft en allt större tillslutning av deltagare. Enligt tandläkarutbildningssakkunniga ha under 1944 icke mindre än 1 250 tandläkare, hälften av hela den svenska tandläkarkåren, på egen bekostnad genomgått fortsatt utbildning vid sådana kurser. Även om de påtalade bristerna i tandläkarundervisningen skulle mer eller mindre elimineras genom de ändringar av kursplanerna som genomförts av innevarande års riksdag torde dock alltid ett avsevärt behov av repetitions- och fortbildningskurser komma att kvarstå. Det synes lämpligt att den norrländska tandvårdsanstalten utnyttjas för verksamhet av detta slag. Därvid skulle givetvis de specialutbildade tandläkarna på de olika avdelningarna vid anstalten i första hand utnyttjas som lärare.

Ifrågavarande kurser komma att i stort sett bli en motsvarighet till de repetitions- och fortbildningskurser för läkare som under senare tid hållits i Stockholm och Göteborg, och som kommittén i Del I kap. 11 av detta betänkande föreslagit skola anordnas även vid Norrlandssjukhuset. Undervisningsplanen för dessa kurser fastställs av medicinalstyrelsen som även utser deltagare i kurserna. Dessa äro avgiftsfria för deltagarna. Statsbidrag till kurskostnader, stipendier och resekostnadsbidrag ha anvisats för de senaste budgetåren.

I kap. 22 föreslår kommittén, i samband med beräkningen av personalbehovet vid tandvårdsanstalten att 5 s. k. assistenttandläkartjänster skola inrättas. Dessa äro avsedda som utbildningstjänster och kommittén har räknat med att de skola tillsättas på förordnande om högst 3 år och att i första hand distriktstandläkare från Norrland skola ifrågakomma till sådant förordnande. Härigenom skulle nya möjligheter skapas för specialutbildning inom olika områden av odontologien.

C. Forskningsuppgifter.

I kapitel 17 har kommittén lämnat en redogörelse för vissa undersökningar rörande norrländska tandförhållanden. Av dessa undersökningar — som visa en tämligen god samstämmighet — framgår att snart sagt samtliga tandsjukdomar ha maximifrekvens på någon plats i Norrland, men att samtidigt vissa områden i Norrland — trots dåliga möjligheter till tandvård — äro i anmärkningsvärd grad fria från tandsjukdomar. Förekomsten av svårartade tandsjukdomar i kombination med sjukdomsfria områden utgör givetvis en lämplig bakgrund för odontologisk forskning. Norrland erbjuder även goda möjligheter att studera tandsjukdomarnas utbredning hos olika folkkraser (svenskar, lappar och finnar). Även för ett studium av levnadsförhållandenas inverkan på tänderna är Norrland gynnsamt med hänsyn till de stora skillnaderna i levnadsvanor (exempelvis kostvanor) bland olika befolkningsgrupper (nomadiserande lappar, skogsarbetare, jordbrukare i jordbruksbygderna och industriarbetare).

Genom remissförfarandet kommer ett ur vetenskaplig synpunkt säkerligen i hög grad givande material att strömma in till anstalten. Vid denna erbjudes även möjlighet till samarbete med kvalificerade vetenskapsmän inom olika områden, exempelvis på Norrlandssjukhusets fysiologiska institution som bl. a. har att syssla med näringsundersökningar.

Av det anförda framgår att förutsättningarna för inrättande av en forskningsinstitution vid anstalten äro synnerligen gynnsamma. Norrlandskommittén finner därför önskvärt att en dylik institution kommer till stånd och att den får till uppgift att speciellt med utgångspunkt från norrländska förhållanden bedriva forskning rörande tändernas sjukdomar och sjukdomar i tändernas omgivning, deras orsaker, förebyggande och botande. Som en primär uppgift torde böra sättas en kartläggning av de olika distriktens frekvens av tandsjukdomar.

Tandläkarutbildningssakkunniga ha i fråga om den odontologiska forskningen vid tandläkarinstituten föreslagit att särskilda medel skola ställas till institutens förfogande i syfte att bl. a. befria lärarna under viss tid från undervisningsverksamheten för genomförande av konkreta vetenskapliga arbetsuppgifter. Enligt vad som framgår av prop. 253/1947 har veder-

börande departementschef funnit denna fråga böra upptagas till bedömning i ett större sammanhang.

De medel som av statsmakterna komma att ställas till förfogande för den odontologiska forskningens understödjande torde böra fördelas efter gemensam prövning av behovet vid de anstalter som kunna ifrågakomma. Norrlandskommittén har i nuvarande läge närmast ansett angeläget att den norrländska anstalten från början inrättas så, att den lämpar sig för forskningsuppgifter av här avsett slag. Kommittén har därför vid beräkningen av byggnadskostnaderna (kap. 23) räknat med lokaler för ett forskningslaboratorium. Kommittén har även räknat med kostnader för utrustning av laboratoriet.

Kap. 22. Beräkning av personalbehov och lönestat.

Angående personalbehovet på tandvårdsanstaltens olika kliniker får kommittén framhålla följande.

1. *Tandfyllningskliniken.* Utom 1 övertandläkare böra här finnas 2 avdelningstandläkare, av vilka den ene bör ha specialutbildning i pulpa-kirurgi och den andre i barntandvård. Dessutom bör en första tand-sköterska och 2 tandsköterskor vara uppförda på personalstaten. Se även 3 nedan.
2. *Proteskliniken* behöver 1 övertandläkare och 1 avdelningstandläkare, av vilka den ene bör ha specialutbildning i käkprotetik. Teknikerpersonalen bör utgöras av 1 chefstekniker (= centraltandpoliklinikerna) samt 2 tandtekniker. De 3 teknikerna böra arbeta i särskilda, till proteskliniken hörande laboratorielokaler. De böra även ombesörja tekniska arbeten för övriga avdelningar. Dessutom hör till denna klinik 1 första tandsköterska och en tandsköterska (se även punkt 3).
3. *Med gemensam placering på tandfyllningskliniken och proteskliniken* böra åtminstone tills vidare arbeta 3 assistenttandläkare och 3 praktikanter (tandsköterskeelever). Det är nämligen mycket svårt att i förväg beräkna patientfrekvensen vid ifrågavarande kliniker. Bl. a. komma troligen vissa säsongfluktuationer att uppstå, så att vissa tider av året den ena kliniken blir hårdare belastad än den andra. En viss överflyttning av personal mellan klinikerna kan sålunda bli erforderlig.
4. *Tandregleringskliniken.* Här har utom 1 övertandläkare endast räknats med 1 assistenttandläkare och 1 första tandsköterska samt 1 praktikant. Övertandläkaren bör såsom framhållits i kap. 20 företaga vissa tjänsteresor.
5. *Tandkirurgiska kliniken.* Tills vidare synes man i fråga om tandläkarpersonalen på denna klinik kunna inskränka sig till 1 övertandläkare och 1 assistenttandläkare. Till personalen böra även höra 1 sjuksköterska (med operationsutbildning) och 1 tandsköterska.
6. *Röntgenkliniken.* Denna bör förestås av 1 avdelningstandläkare som tills

vidare kan vara halvtidsanställd (3½ timmes arbete per dag). I övrigt erfordras på kliniken endast 1 sjuksköterska (röntgenutbildad).

7. *Som gemensam personal* böra upptagas 2 preparatriser, 1 kontorist (kombinerad kassörska och kontorsbiträde), 1 skrivbiträde och 1 vaktmästare. De 2 preparatriserna böra arbeta för forskningslaboratoriet men skola även — och huvudsakligen — utföra löpande arbeten åt anstalten. 6 praktikanter som genomgått den teoretiska kursen på tandsköterskeskolan böra tjänstgöra vid anstalten och fördelas mellan de olika klinikerna efter behovet. Möjligheterna för praktikanterna till allsidig utbildning på olika kliniker bör dock tillvaratas.

På vardera av de under 1, 2 och 4 berörda klinikerna bör som av det anförda framgår finnas en tandsköterska i chefsställning (första tandsköterska). På tandkirurgiska och röntgenklinikerna fyllas motsvarande funktioner av sjuksköterskorna.

Fördelningen av personalen på de olika klinikerna ha sammanställts i följande tabell.

Tabell 18.

<p>1. Tandfyllningskliniken. 1 övertandläkare, 2 avdelningstandläkare, 1 första tandsköterska, 2 tandsköterskor. Se även under 3.</p>	<p>4. Tandregleringskliniken. 1 övertandläkare, 1 assistenttandläkare, 1 första tandsköterska, 1 praktikant.</p>
<p>2. Proteskliniken. 1 övertandläkare, 1 avdelningstandläkare, 1 chefstekniker, 2 tandtekniker, 1 första tandsköterska, 1 tandsköterska. Se även under 3.</p>	<p>5. Tandkirurgiska kliniken. 1 övertandläkare, 1 assistenttandläkare, 1 sjuksköterska, 1 tandsköterska.</p>
<p>3. Gemensam personal för tandfyllnings- och protesavdelningen. 3 assistenttandläkare, 3 praktikanter.</p>	<p>6. Röntgenkliniken. 1 halvdagstjänstgörande avdelningstandläkare, 1 sjuksköterska.</p>
<p>7. Gemensam personal. 2 preparatriser, 1 kontorist, 1 vaktmästare, 1 skrivbiträde, 2 praktikanter.</p>	

Fördelningen enligt tab. 18 av personalen på olika kliniker bör icke vara i detalj bindande. Erforderliga överflyttningar mellan klinikerna bör sålunda kunna verkställas.

Kommittén har upprättat nedanstående avlöningsstat för tandvårdsanstalten, varvid i fråga om ortsgrupp m. m. följts samma principer som i den i det föregående framlagda staten för sjukvårdsanstalten.

Avlöningsstat för tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning.

(Där lönegrad finnes angiven hänvisar denna till landstingets löneplan utom i fråga om övertandläkarna, vilka placerats lika med professorerna vid tandläkarinstitutet.)

	Kronor
Övertandläkare	
4 st i lönegrad Ca 33 à 15 120	60 480
Avdelningstandläkare	
3½ st (= Eastmaninstitutet) à 16 728 inberäknat indextillägg	58 548
Assistenttandläkare	
5 st med arvode motsvarande lönegrad 30 (= distriktstandläkare med tandvård endast för barn) à 13 440.....	67 200
Chefstekniker	
1 st i lönegrad 19 à 7 464	7 464
Tekniker	
2 st i lönegrad 12 à 5 592	11 184
Sjuksköterskor	
2 st i lönegrad 12 à 5 592	11 184
Preparatriser	
2 st i lönegrad 12 à 5 592	11 184
Kontorist	
1 st i lönegrad 11 à 5 328	5 328
Vaktmästare	
1 st i lönegrad 9 à 4 788	4 788
Första tandsköterskor	
3 st i lönegrad 9 à 4 788	14 364
Tandsköterskor	
4 st i lönegrad 8 à 4 536	18 144
Skrivbiträde	
1 st i lönegrad 6 à 4 056	4 056
Praktikanter (tandsköterskor)	
6 st à 2 400	14 400
Föreståndararvode 1 000	1 000
Summa 36 personer	289 324

För avdelningstandläkarna har i det angivna beloppet inräknats indextillägg (= 64 % à 10 200 enligt Eastmaninstitutets lönesättning). I övrigt böra på de lönegradsplacerade avlöningsbeloppen läggas indextillägg med för närvarande 12 % à högst 14 400 kronor om året motsvarande 25 499 kronor. Lönekotot skulle sålunda uppgå till 314 823 kronor.

Med undantag för de 4 övertandläkarna samt avdelningstandläkaren på röntgenavdelningen har kommittén räknat med att samtliga tandläkare skola — liksom flertalet kommunalanställda tandläkare — vara heltidsanställda. Man strävar numera i såväl sjukvård som tandvård efter att i allt större utsträckning undvika halvtidsanställning med privatpraktik vid sidan, då denna anställningsform anses mindre förmånlig för patientvården. Dessutom torde möjligheterna för anstaltstandläkarna att erhålla en tillfredsställande privatpraktik i Umeå vid sidan av där praktiserande pri-

vattandlökare vara relativt små om sådan praktik skall utövas av ett större antal av de vid anstalten tjänstgörande tandlökarna. I fråga om de 4 övertandlökarna åter kan det vara ur rekryteringssynpunkt lämpligt att — såsom vid de högre befattningarna vid Eastmaninstitutet och de flesta befattningarna vid tandlökarinstitutet i Stockholm — medgiva privatpraktik vid sidan om anstalttjänstgöringen. Kommittén har här räknat med en anstalttjänstgöring av 5 timmar per dag. Under resten av arbetsdagen bör ifrågavarande befattningshavare äga rätt att utöva privatpraktik på sin tjänstlokal, utan särskild kostnad för lokal och utrustning. Även avdelningstandlökaren på röntgenavdelningen bör ha inskränkt arbetstid, då arbetet på denna avdelning knappast torde bli av sådan omfattning att det kräver en heltidsanställd kraft. Kommittén har sålunda räknat med att ifrågavarande befattningshavare, liksom avdelningstandlökarna vid institutet i Stockholm, skall arbeta på tandvårdsanstalten 3½ timmar per dag men i övrigt bedriva privatpraktik i egna lokaler.

De 4 övertandlökarna ha placerats i den statliga lönegraden Ca 33, d. v. s. samma som gäller för professorerna vid tandlökarinstitutet. Kommittén anser nämligen angeläget att ifrågavarande tjänster besättas med väl kvalificerade specialister med motsvarande kompetens som professorer vid tandlökarinstitutet. Om kompetenta sökande icke finnas att tillgå, synas befattningarna tills vidare böra tillsättas på förordnande. Övertandlökaren i tandkirurgi bör utöver leg. tandlökare även vara leg. läkare. Denna kompetens fordras nämligen för professur i tandkirurgi.

Avdelningstandlökarna böra fylla samma krav som ställas på motsvarande befattningar vid tandlökarinstitutet. De böra sålunda kunna återöpa väl vitsordad tjänstgöring i underordnad ställning å motsvarande specialavdelning. Anställningsvillkoren ha även beräknats i enlighet härmed. En jämförelse med placeringen av avdelningstandlökarna vid tandlökarinstitutet (Ce 21) är icke hållbar då dessa befattningar icke äro förenade med så lång daglig tjänstgöring som de här ifrågavarande. Avdelningstandlökarebefattningarna vid tandvårdsanstalten äro mera jämförbara med laboratorbefattningarna vid institutet (Ca 31 + 2 000 kr.) ehuru man knappast torde behöva kräva motsvarande kompetens som vid sistnämnda befattningar. Därest tandlökareutbildning anordnas vid anstalten kommer nämligen denna utbildning att i högre grad än vid tandlökarinstitutet ledas direkt av professorerna.

Assistenttandlökarebefattningarna äro avsedda som utbildningsplatser och böra få innehavas högst 3 år i sänder. De böra sålunda endast tillsättas på förordnande. Med hänsyn till den isolering som stundom drabbar de norrländska distriktstandlökarna synas ifrågavarande befattningar tills vidare i första hand böra reserveras för dem. Hinder bör icke möta för exempelvis ett års förordnande på varje avdelning. Genom möjlighet till förordnande av här avsett slag skulle även distriktstandlökartjänsterna i Norrland

kunna bliva mera lockande. Arvodet synes lämpligen kunna motsvara avlöningen för distriktstandläkare med tandvård endast för barn (lönegrad 30 i landstingens lönereglemente).

Kommittén har icke räknat med att tantiem på inarbetat belopp skall utgå till befattningshavare vid anstalten. Visserligen användes detta avlöningssystem vid flertalet befattningar inom folktandvården men frågan om en ändring härvidlag torde så småningom bli aktuell. Systemet kan nämligen i en del fall tänkas verka nedsättande på arbetsprestationernas kvalitet — en omständighet som blir av särskild betydelse vid en anstalt av ovan skisserad karaktär, där en stor del av klientelet utgöres av svårbehandlade fall.

Enligt tandläkarutbildningssakkunnigas förslag skall viss ersättning utgå till praktikanterna för tjänstgöring under tiden efter den teoretiska kursen. Ersättningen skulle utgå i viss proportion till begynnelselönen för färdigutbildade tandsköterskor. Statsmakterna ha ännu icke tagit slutlig ställning till detta förslag. Kommittén har här förslagsvis räknat med en ersättning av omkring 200 kr. per månad motsvarande omkring 50 % av nuvarande begynnelselönen för i folktandvården anställda tandsköterskor i lägsta lönegraden i ortsgrupp 4.

Kap. 23. Kostnadsberäkningar för tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning.

A. Byggnadskostnader.

Här liksom ifråga om sjukvårdsanstalten har kommittén utgått från att erforderligt tomtområde jämte yttre ledningar och planering kostnadsfritt upplåtes, att panncentral, tvättanläggning, kök och matsalar vid modersjukhuset genom landstingets försorg erhålla sådan kapacitet att dessa anläggningar jämväl kunna tillgodose tandvårdsanstalten samt att — med hänsyn till bruttolönesystemets införande den 1 januari 1947 — särskilda personalbostäder icke behöva ställas kostnadsfritt till förfogande.

Kommittén har genom detaljerade ytberäkningar sökt få en uppfattning om vilka utrymmen som erfordras för en anstalt av ifrågavarande slag. Då någon erfarenhet rörande utformningen av en sådan anstalt som här avses icke föreligger, kan det emellertid antagas att den byggnadskommitté som — enligt vad norrlandskommittén föreslagit — skall utföra slutgiltiga ritningar och kostnadsberäkningar för byggnaderna, kan komma till ett i viss mån annat resultat i fråga om exempelvis fördelningen av utrymmena för olika ändamål. Tillräcklig anledning torde därför icke finnas att i detalj redogöra för de gjorda beräkningarna. Resultatet av dessa har blivit, att den erforderliga golvytan i anstaltens lokaler uppskattats till 847 m². Norrlandskommittén har från byggnadsstyrelsen inhämtat att man med denna utgångspunkt kan räkna med en byggnadskostnad av 640 332 kronor eller med tillägg för utvändiga arbeten i runt tal 700 000 kronor.

Härvid har räknats med att ånga till steriliseringsrummen skall dragas från värmecentralen samt att ledningar för tryckluft skola dragas från en central kompressorläggning.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till att byggnaderna utan alltför stora ändringar skola kunna tagas i anspråk även för tandläkarutbildning. Kommittén åsyftar här det under kap. 25 och följande avhandlade förslaget att anordna tandläkarutbildning vid anstalten.

B. Inventarie- och utrustningskostnader.

Kommittén har verkställt en detaljerad beräkning rörande erforderlig dental utrustning. På grundval av denna beräkning har AB S. A. Forssbergs dentaldepot på kommitténs begäran uppskattat utrustningskostnader-

na till 250 000 kronor. Bolaget har emellertid påpekat, att prisstegring på världsmarknaden är att förvänta och att detta kan förändra kostnaderna avsevärt.

Av kommittén gjord uppskattning av kostnaderna för *inventarier m. m.* — möbler inkl. vanlig elektrisk armatur, linne, mattor, gardiner, kontorsutrustning, verktyg för reparationer, div. undervisningsmaterial — har slutat på ett belopp av 23 000 kronor.

För upprättande av ett mindre *bibliotek* torde böra räknas med en kostnad av 5 000 kronor.

Slutligen erfordras även *utrustning till forskningslaboratoriet*. Kommittén har icke varit i stånd att på detta stadium närmare beräkna kostnaderna härför. Dessa torde emellertid approximativt kunna uppskattas till 50 000 kronor.

Enligt vad nu anförts skulle kostnaden för utrustning och inventarier m. m. tillhoppa uppgå till 328 000 kronor.

Om sistnämnda belopp sammanlägges med den under A. upptagna kostnaden för byggnader å 700 000 kronor, erhålles en total engångskostnad för tandvårdsanstalten å 1 028 000 kronor. Härtill kommer enligt D. nedan utrustning för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna med sammanlagt 106 000 kronor.

C. Driftskostnader.

De årliga *personalkostnaderna* för tandvårdsanstalten böra enligt i kap. 22 gjorda beräkningar upptagas till 314 823 kronor.

Expenserna har av kommittén ansetts kunna beräknas på följande sätt.

Värme, vatten och elkraft har i brist på säkrare beräkningsgrunder uppskattats med hänsyn till bl. a. golvytan och antalet tappställen och kontakter till sammanlagt 11 000 kronor. Telefonavgifter ha uppskattats till 1 000 kronor (växel finnes) och städningskostnader till 8 000 kronor.

Huvudsakliga förbrukare av tvätt äro tandläkare, tandtekniker, sköterskor och preparatriser vid tandvårdsanstalten. Antalet dylika befattningshavare uppgår enligt personalstaten till 32½. Förbrukningen har beräknats till 250 kg per år för var och en av dessa eller sammanlagt till 8 125 kg per år. Kommittén har utgått från en kostnad av 35 öre pr kg tvätt. Tvättkostnaden blir med hänsyn härtill 2 844 kronor eller avrundat 3 000 kronor.

Underhåll och komplettering av inventarier har kostnadsberäknats till 800 kronor samt underhåll och komplettering av dental utrustning till 5 000 kronor. Fastigheternas underhåll har upptagits till 2 000 kronor. Kommittén understryker att beloppen i sistnämnda 3 poster endast ha avseende å verksamheten under de första åren, då materialet icke är förslitet. Man bör sålunda vara beredd på en relativt kraftig ökning längre fram av ifrå-

gavarande kostnader. Ovan angivna expenser uppgå sammanlagt till 30 800 kronor.

Härutöver torde för anskaffning av facklitteratur för *biblioteket* böra räknas med en årskostnad av 2 000 kronor.

Åtgången av förbrukningsmaterial i tandvården synes erfarenhetsmässigt kunna beräknas till högst 8 500 kronor per tandläkare. Då personalstaten upptager 12½ tandläkare, skulle ifrågavarande kostnader sammanlagt uppgå till 106 250 kronor. I enlighet med det anförda skulle driftskostnadsstaten se sig på följande sätt:

Driftskostnadsstat för tandvårdsanstalten.

Personal, se kap. 22		314 823
Expenser		
Värme, vatten och elkraft	11 000	
Telefon	1 000	
Städning	8 000	
Tvätt	3 000	
Underhåll och komplettering av inventarier	800	
Underhåll och komplettering av dental utrustning	5 000	
Fastigheters underhåll	2 000	30 800
Facklitteratur		2 000
	Summa kronor	347 623
Förbrukningsmaterial i tandvården		
12½ tandläkare à 8 500		106 250

Bruttokostnaderna för driften av tandvårdsanstalten blir med hänsyn till det anförda (347 623 + 106 250 =) 453 873 kronor. Patientintäkterna beräknas i följande kapitel (kap. 24) till omkring 340 000 kronor. Nettokostnaden för driften skulle sålunda uppgå till — avrundat — 115 000 kronor.

D. Kostnader för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna.

Kommittén får i fråga om de följande beräkningarna i första hand hänvisa till tandläkarutbildningssakkunnigas förslag till statlig utbildning av tandtekniker och tandsköterskor (SOU 1946:87) samt till prop. 253/47.

1. Kostnader för tandteknikerskolan.

Lokaler för denna skola (elevlaboratorium- och omklädningsrum) böra förläggas till tandvårdsanstaltens byggnad, och kostnaden ingår i kostnadsberäkningen för densamma (700 000 kronor). Föreläsningssalarna i skola enligt utfästelse av Västerbottens läns landsting (bil. V) tillhandahållas av landstinget, som även ansvarar för att elevbostäder finnas att hyra. Centrallasarettets matsalar och kök få utnyttjas.

Utrustningen har beräknats — i enlighet med förslaget för övriga skolor

— till 104 000 kronor. Detaljerat förslag finnes intaget i tandläkarutbildnings-sakkunnigas betänkande Del II bil. 3.

Även expenserna ha beräknats i enlighet med förslaget för övriga skolor, där städning, telefon m. m. kostnadsberäknats till 4 000 och förbrukningsmaterial till 17 000 eller sammanlagt 21 000 kronor.

De sakkunniga ha räknat med följande personalstat för tandteknikerskolor.

- En föreståndare A 27
- En chefstekniker A 16
- Ett tekniskt biträde Eo 6.
- Speciallärare 500 tim. à 30 kronor.

Statsmakterna ha emellertid ännu icke tagit ställning till frågan om personalorganisationen vid ifrågavarande skolor. Norrlandskommittén har därför i förevarande förslag om personalkostnader angivit de arvodesbelopp, som i prop. 253/1947 provisoriskt upptagits för tandteknikerskolan vid tandläkarinstitutet i Stockholm för budgetåret 1947/48 och som sammanlagt uppgå till 36 548 kronor.

Omkostnaderna skulle sålunda uppgå till sammanlagt (21 000 + 36 548 =) 57 548 kronor eller i runt tal 58 000 kronor. Härtill komma — på särskilt anslag — elevstipendier enligt de sakkunnigas beräkningar med 9 000 kronor.

Sammanfattning av kostnaderna för tandteknikerskolan.

Lokalkostnad: ingår i kostnaderna för tandvårdsanstalten.

Utrustning: 104 000 kronor.

Driftskostnader:

	Kronor	Kronor
Personal		
arvode till huvudläraren	11 112	
arvoden till speciallärare, 500 timmar à 20 kronor	10 000	
arvode åt en tandtekniker	9 468	
arvode åt ett tekniskt biträde tillika vaktmästare	4 668	
arvode åt inspektör	500	
arvoden åt två censorer	800	36 548
Expenser		
städning, tel. m. m.	4 000	
förbrukningsmaterial	17 000	21 000
	Summa	57 548
Elevstipendier (på särskilt anslag)		9 000

2. Kostnader för tandsköterskeskolan.

Eleverna utföra sitt arbete i tandvårdsanstaltens lokaler. Hänsyn härtill har tagits vid kostnadsberäkningen av anstaltsbyggnaden, som bl. a. bör

inrymma särskilt omklädningsrum för eleverna. Västerbottens läns landsting har förbundit sig att tillhandahålla föreläsningsslokaler i sitt planerade elevhem. Landstinget har även åtagit sig ansvara för att elevbostäder finnas att hyra. Centrallasarettets matsalar och kök utnyttjas (bil. V).

Utrustningen har liksom för övriga skolor upptagits till 2 000 kronor.

Tandläkarutbildningsakkunniga ha ifråga om personalen räknat med ett föreståndararvode å 2 000 kronor, arvode till en föreståndarska-tandsköterska i lönegrad A 15 samt arvodet till speciallärare för 139 timmar å 30 kronor i 2 kurser, vilket allt sammanlagt skulle uppgå till omkring 15 000 kronor förutom rörligt tillägg och kristillägg å sköterskelönen. Övriga kostnader ha uppskattats till omkring 70 kronor per elev eller sammanlagt 2 800 kronor. Då statsmakterna som i det föregående angivits icke tagit ställning till de föreslagna personalkostnaderna ha driftskostnaderna upptagits till det i prop. 253/1947 för budgetåret 1947/48 för tandsköterskeskolan vid tandläkarinstitutet i Stockholm provisoriskt beräknade beloppet 15 500 kronor. Härtill komma elevstipendier enligt de sakkunnigas beräkningar med 10 500 kronor.

Sammanfattning av kostnaderna för tandsköterskeskolan.

Lokalkostnad. Ingår i kostnaderna för tandvårdsanstalten.	Kronor
Urustning	2 000
Driftskostnader	15 500
Elevstipendier (på särskilt anslag)	10 500

Kap. 24. Administration och finansiering av tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning.

Genom anknytningen av de 5 i tandvårdsanstalten ingående specialklinikerna för tandvård till Norrlandssjukhuset ha dessa kliniker fått i stort sett samma karaktär som sjukhusets övriga kliniker. Liksom sistnämnda kliniker avse de specialistvård, som icke finnes representerad i Norrland, och ha att med sådan vård tillgodose ett vida större upptagningsområde än landstingsområdet. Då tandvårdsanstalten bl. a. skall fungera som tandklinik för sjukvårdsanstaltens patienter och även i övrigt i vissa avseenden intimt samarbeta med sistnämnda anstalt, skulle det otvivelaktigt vara förenat med vissa olägenheter om de båda anstalterna sorterade under skilda förvaltningar. Starka skäl tala sålunda för att specialklinikerna på tandvårdsanstalten i *administrativt* avseende likställas med Norrlandssjukhusets övriga kliniker. Så har även förutsatts i del I av betänkandet, där kommittén räknat med att samtliga berörda kliniker på sjukvårdens och tandvårdens område skulle sammanföras till en centralanstalt under enhetlig ledning. I enlighet härmed skulle tandvårdsanstalten ingå som en del av Norrlandssjukhuset och tillsammans med sjukvårdsanstalten och dess modersjukhus — under en efter särskilda bestämmelser sammansatt gemensam direktion — förvaltas av modersjukhusets landsting. Inom Norrlandssjukhuset torde dock de olika klinikerna på tandvårdens område böra i viss mån betraktas som en sluten enhet — en tandvårdsanstalt under egen föreståndare och med efter särskilda bestämmelser beräknat statsbidrag. Verksamheten vid anstalten synes som tidigare framhållits böra inordnas i folktandvårdsorganisationen och sålunda stå under medicinalstyrelsens överinseende på samma sätt som ifråga om andra anstalter inom folktandvården.

I fråga om administrationen i övrigt komma med angivna utgångspunkter de i betänkandet rörande sjukvårdsanstalten uppdragna riktlinjerna att bli normgivande även för tandvårdsanstalten.

I enlighet härmed skulle ledamöterna i den gemensamma direktionen utses av Kungl. Maj:t och av landstinget. Antalet ledamöter skulle bestämmas av Kungl. Maj:t. En representant för de övriga landstingen inom upptagningsområdet skulle äga rätt att närvara vid direktionens överläggningar i frågor av särskild betydelse för respektive landsting.

Någon särskild representant i direktionen för tandvårdsanstaltens räkning synes knappast erforderlig. För beslutförhet i frågor rörande tandvårdsanstalten liksom rörande Norrlandssjukhuset i övrigt synes böra krävas att någon av de av Kungl. Maj:t utsedda ledamöterna är närvarande.

Den gemensamma direktionen synes lämpligen kunna fungera jämväl som styrelse för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna. Därest — som i proposition 253/1947 ifrågasatts — en central organisation för intagning i vissa fall av elever till nämnda slag av skolor kommer till stånd, bör denna organisation givetvis handhava ifrågavarande uppgift även för skolorna vid norrlandsanstalten.

Verksamheten vid anstalten synes närmast böra stå under ledning av en föreståndare med i stort sett samma uppgifter som styresmannen vid lasaretten. De bestämmelser i sjukhuslagen, som gälla styresmannen, synas även kunna tillämpas på föreståndaren. Denne blir sålunda föredragande i frågor rörande tandvårdsanstalten och ersätter härvidlag den gemensamme styresmannen för Norrlandssjukhusets sjukvårdsanstalt och dess modersjukhus. För de olika anstalterna gemensamma frågor böra dock föredragas av styresmannen efter samråd med föreståndaren.

I enlighet med vad som framhållits i fråga om sjukvårdsanstalten skulle ett för samtliga anstalter gemensamt syssломannakontor inrättas.

I fråga om tillsättning av övertandläkare och avdelningstandläkare synas i stort sett de sinsemellan likartade bestämmelserna för tillsättning av lasarettsläkare (sjukhuslagen § 14 pkt 1) och av föreståndare för centraltandpoliklinik (kungörelsen angående statsbidrag till folktandvård § 7 pkt 7) kunna tillämpas. Dessa bestämmelser innebära i korthet, att medicinalstyrelsen upprättar förslag å 3 sökande, att landstingets sjukvårdsberedning efter anstaltsdirektionens hörande avgiver förord för någon av de å förslaget uppförda samt att Konungen utnämner. Med hänsyn till vad som i det föregående anförts rörande lämpligheten av att till övertandläkarbefattningarna förvärva professorskompetenta personer synes det i fråga om sökande till dessa tjänster lämpligt, att medicinalstyrelsen innan förslag uppgöres inhämtar yttrande av kanslern för rikets universitet rörande de sökandes kompetens för befattningen. Beträffande assistenttandläkarna synes ett enklare tillvägagångssätt kunna tillämpas. Det synes i detta fall tillräckligt, att direktionen efter hörande av vederbörande övertandläkare avgiver förord för en av de sökande och att ärendet slutligt avgöres av sjukvårdsberedningen. I fråga om övrig personal synas motsvarande bestämmelser som vid landstingens sjukvårdsanstalter böra tillämpas.

I fråga om *finansieringen* av tandvårdsanstalten får kommittén erinra om att — enligt vad som anförts i det föregående — tandvårdsanstaltens kliniker i betydelsefulla avseenden kunna jämföras med specialklinikerna vid sjukvårdsanstalten och att motiven för inrättandet av förstnämnda kli-

niker i mycket äro desamma som ifråga om sjukvårdsanstalten. Det har sålunda varit kommitténs avsikt att inrättandet av anstalten i viss mån skulle eliminera de särskilda svårigheter — bristen på storstadsbebyggelse, landstingsområdenas struktur etc. — som medverkat till att Norrland icke kommit i nivå med det övriga landet på tandvårdens område. Kommittén erinrar även om att tandvårdsanstalten i viss utsträckning kan betecknas som en försöksanstalt på tandvårdens område. Med hänsyn till det anförda finner kommittén lämpligt att *staten här liksom ifråga om sjukvårdsanstalten påtager sig huvudparten av kostnaderna.*

Även i övrigt torde de i Del I, kap. 15, rörande sjukvårdsanstalten uppdragna linjerna i huvudsak kunna följas. Huvudmannen (landstinget) bör sålunda svara för ett belopp motsvarande kostnaden för sådana folktandvårdsanstalter som onödiggöras genom den ifrågavarande anstaltens inrättande. Då skyldighet alltjämt skall bestå för de övriga landstingen inom upptagningsområdet att inrätta centraltandpoliklinik och då kommittén räknat med att patienterna själva skola erlägga vissa avgifter, synes något bidrag från dessa senare landsting icke böra ifrågasättas.

Byggnads- och utrustningskostnaderna ha i kap. 23 beräknats till 700 000 kronor respektive 328 000 kronor. Från dessa kostnader skall enligt ovan avdragas det belopp, varmed landstingets utgifter för byggnader och utrustning av anstalter inom folktandvården kunna antagas bli minskade genom ifrågavarande anstalt. Härom få anföras följande:

Anstalten kommer om den förlägges till Umeå att ersätta Västerbottens läns landstings centraltandpoliklinik i nämnda stad. 1944 års tandläkarutbildningssakkunniga ha i betänkande Del I (S.O.U. 1946:12) beräknat att engångskostnaden för anordnandet av centraltandpoliklinik icke understiger 100 000 kronor varav 70 000 kronor på byggnadskostnader och 30 000 kronor på utrustningskostnader. I Umeå har som nämnts centraltandpoliklinik redan inrättats, men landstinget har beslutat uppföra nya lokaler vilka kostnadsberäknats till 100 000 kronor. Detta belopp har landstinget förklarat sig villigt att erlägga. Landstinget har även förklarat sig villigt att erlägga 30 000 kronor i utrustningskostnader, dock under förbehåll om avräkning för den del av nuvarande centraltandpoliklinikens utrustning som kan befinnas lämplig att överföra till tandvårdsanstalten (se bil. V). Kommittén finner de av landstingen angivna beloppen skäligen.

Anstalten kommer även att medföra viss avlastning av landstingets kostnader för distriktstandvården. Landstinget har planerat och fått medicinalstyrelsens godkännande av en distriktstandvårdspoliklinik i Umeå med 6 tandläkare. Av dessa komma 3 (som enligt landstingets planer skola arbeta huvudsakligen på vuxna) att onödiggöras — åtminstone till en början — genom inrättande av den ifrågavarande tandvårdsanstalten. De övriga 3 skola behållas för barntandvård utom anstalten. Dessutom onödigg-

göres omkring $\frac{1}{2}$ tandläkare för vuxna i Holmsund. Som i kapitel 20 angivits förutsätter kommittén att eventuella formella hinder mot att sålunda dela upp barntandvården och vuxentandvården på olika anstalter undanröjas. Tandläkarutbildningssakkunniga ha beräknat byggnads- och utrustningskostnaderna för distriktstandpolikliniker till 35 000 per tandläkare (25 000 i byggnadskostnad och 10 000 i utrustningskostnad) d. v. s. 122 500 kronor för $3\frac{1}{2}$ tandläkare. Västerbottens läns landsting har uppgivit, att landstingets kostnader för uppförandet sommaren 1947 av distriktstandpolikliniker uppgått till 40 000 kronor per styck samt erbjudit sig att erlægga sammanlagt för ifrågavarande kliniker för $3\frac{1}{2}$ tandläkare 140 000 kronor i byggnadskostnad och 40 000 kronor i utrustningskostnad därest verksamheten vid klinikerna skulle överflyttas till tandvårdsanstalten (bil. V). Kommittén har intet att erinra emot angivna belopp.

Engångskostnaderna för byggnader och utrustning belöper sig som nyss angivits till 1 028 000 kronor. Härav har Västerbottens läns landsting enligt ovan förbundit sig att gälda sammanlagt 310 000 kronor. Återstående belopp 718 000 kronor, skulle sålunda falla på statsverket.

Förutom de angivna engångsbidragen har norrlandskommittén funnit skäligt att landstinget åtager sig motsvarande engångsprestationer i fråga om tandvårdsanstalten som ifråga om sjukvårdsanstalten. Erforderlig tomt bör sålunda ställas till kostnadsfritt förfogande. Jämväl planering av tomten samt framdraging av ledningar till byggnaderna bör bekostas av landstinget. Detsamma gäller tillhandahållande av värmecentral, tvättanläggning, köks- och matsalslokaler samt föreläsningsslokaler för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna. Landstinget har åtagit sig att ansvara för samtliga ovan angivna prestationer ävensom för att bostäder för personal och elever vid anstalten och rum för poliklinikpatienter finnas att hyra.

Liksom i fråga om sjukvårdsanstalten synes landstinget böra stå som ägare till byggnaderna. Därest verksamheten sedermera skulle nedläggas bör beträffande statens respektive landstingets rätt att utnyttja byggnaderna för annat ändamål gälla vad härom föreslagits i fråga om sjukvårdsanstalten.

Om verksamheten skulle få en omfattning som nödvändiggjorde utbyggnad bör staten jämväl ansvara för byggnads- och utrustningskostnaderna härför.

I den i kap 23 verkställda beräkningen av de årliga kostnaderna, som skall ligga till grund för beräkningen av statsbidraget (se härom i det följande) har även medräknats kostnader för byggnadernas underhåll som staten således intill visst belopp ansvarar för.

Statens medverkan till *driften* bör, liksom ifråga om sjukvårdsanstalten, lämnas i form av ett fast statsbidrag till landstinget, som i egenskap av huvudman skulle ansvara för eventuellt underskott. Statsbidraget synes

böra motsvara de beräknade nettoutgifterna för driften — även här med avdrag av det belopp varmed huvudmannen-landstingets utgifter för driften av anstalter i folktandvården kunna beräknas bli minskade genom en anstalt av ifrågavarande slag. Någon nedskrivning av statsbidraget till 95 % av de beräknade kostnaderna — som skett i fråga om sjukvårdsanstalten — synes här knappast erforderlig.

Bruttoutgifterna för driften med undantag för förbrukningsmaterial i tandvården ha i kap. 23 beräknats till 347 623 kronor. Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott har i utfästelsen i bil. V förbundit sig att ansvara för eventuell merkostnad, som kan uppkomma genom att sålunda beräknat belopp kommer att överskridas. Landstinget önskar dock att vid tiden för verksamhetens igångsättande en justering verkställes med hänsyn till under mellantiden ev. inträffade förändringar i lönesättning och materialpriser.

Förbrukningsmaterial i den vid anstalten utövade tandvården har i kap. 23 uppskattats till — högt räknat — 106 250 kronor. Sammanlagda bruttoutgifterna för driften vid anstalten skulle sålunda uppgå till 453 873 kronor. För att erhålla nettoutgifterna måste nämnda belopp minskas med *patientintäkterna*. Dessa äro mycket vanskliga att beräkna. Kommittén har med ledning av olika uppgifter, bl. a. från folktandvården i Södermanlands läns landsting, uppskattat intäkterna till 16 kronor per timme och tandläkare. Denna uppskattning grundar sig på folktandvårdstaxan som användes vid distriktstandpoliklinikerna och i viss utsträckning även vid centraltandpoliklinikerna (se härom närmare i det följande). Det är emellertid att märka, dels att en avsevärd del av behandlingarna vid den ifrågavarande anstalten — enligt vad som framgår av det följande — torde komma att debiteras efter en särskild, ännu ej prövad taxa och dels att folktandvårdstaxan för närvarande är under överarbetning av folktandvårds-sakkunniga. Man vet icke heller på förhand hur stor del av behandlingarna som kommer att debiteras efter folktandvårdstaxan. Kommittén har emellertid räknat med att intäkterna i genomsnitt komma att belöpa sig till 16 kronor per timme. Vidare har kommittén utgått från genomsnittligt 270 arbetsdagar per år för samtliga tandläkare. Efter en daglig tjänstgöringstid av 3½ timmar för röntgentandläkaren, 5 timmar för de fyra övertandläkarna och 7 timmar för övriga åtta tandläkare, blir antalet behandlingstimmor 21 465. Efter 16 kronor per timme skulle intäkterna sålunda uppgå till 343 440 kronor eller i runt tal 340 000 kronor.

Nettoutgifterna för driften av tandvårdsanstalten skulle med hänsyn till det anförda uppgå till (453 873 — 340 000 =) 113 873 kronor eller avrundat 115 000 kronor. Härifrån skall enligt ovan avdragas det belopp varmed landstingets utgifter för folktandvården kan tänkas bli minskade genom ifrågavarande anstalt. Inrättande av tandvårdsanstalten befriar landstinget dels från nettoförlust för centraltandvårdspoliklinikens drift och dels från

belopp motsvarande nettoförlusten på driften av distriktstandpolikliniker med $3\frac{1}{2}$ tandläkare för vuxna. Förstnämnda förlust har av Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott beräknats till 15 000 kronor per år. Beträffande distriktstandpoliklinikerna har förvaltningsutskottet räknat med ett underskott av 14 000 kronor per år, motsvarande $3\frac{1}{2}$ gånger den av landstinget beräknade genomsnittliga årliga nettoförlusten — per distriktstandläkare för vuxna — på driften av de i verksamhet varande distriktstandpoliklinikerna i landstinget. Förvaltningsutskottet har ej haft något att erinra mot att nämnda belopp av respektive 15 000 och 14 000 kronor erlæggs av landstinget (bil. V). Kommittén har ansett att angivna belopp å sammanlagt 29 000 kronor kunna åtminstone preliminärt godtagas. Om remissverksamheten vid tandvårdsanstalten blir av sådan omfattning att den lokala tandvården icke längre i tidigare angivna omfattning kan handhavas där (se härom i kap. 20) synes en motsvarande minskning av landstingets senast berörda bidrag (å 14 000 kronor) böra ske.

Med hänsyn till det ovan anförda skulle *statsbidraget* till tandvårdscentralen kunna preliminärt uppskattas till (115 000 — 29 000 =) 86 000 kronor per år.

Patientintäkterna och kostnaden för förbrukningsmaterial uppgå, enligt vad som framgår av det anförda, till betydande belopp. De äro i huvudsak oberoende av åtgärder från driftsledningens sida och kunna vid verksamhetsårets utgång med lätthet exakt beräknas. Med hänsyn härtill finner kommittén lämpligt att ett *årligt avräkningsförfarande* genomföres i fråga om nämnda poster. Landstinget skulle sålunda före varje verksamhetsår erhålla ett preliminärt statsbidrag motsvarande summan av de i kap. 23 angivna utgiftsposterna med undantag för utgifterna för förbrukningsmaterial och landstingets ovan angivna bidrag å 29 000 kronor. Efter verksamhetsårets utgång, då de verkliga inkomsterna på patientintäkter och utgifterna för förbrukningsmaterial föreligga skulle en avräkning ske varvid landstinget skulle bliva skyldigt att återleverera det belopp varmed patientintäkterna överstigit kostnaderna för förbrukningsmaterial respektive få ytterligare ersättning med belopp varmed kostnaderna för förbrukningsmaterial överstigit patientintäkterna — därest nu ett sådant resultat kan tänkas inträffa.

Förutom det ovan angivna avräkningsförfarandet bör — liksom ifråga om sjukvårdsanstalten — en *justering* av de kostnadsberäkningar som ligga till grund för statsbidraget för följande år verkställas med vissa mellanrum — förslagsvis årligen under de 3 första åren och därefter vart 5:te år. Denna justering bör avse samtliga poster utom de ovan berörda kostnaderna för förbrukningsmateriel.

En viss justering av beräkningarna rörande driftskostnaden synes även

böra verkställas omedelbart innan verksamheten påbörjas med hänsyn till under mellantiden eventuellt inträffade pris- och lönefluktuationer, taxeändringar o. d.

I fråga om *patientavgifterna* har i det föregående framhållits att folktandvårdstaxan gäller vid folktandvårdspoliklinikerna. Vid centraltandpoliklinikerna gälla följande bestämmelser. För tandvård av vanlig folktandvårdskaraktär, som meddelas vid centraltandpoliklinikerna erlägges betalning enligt folktandvårdstaxan. För tandskador av mera svårartad beskaffenhet gälla särskilda bestämmelser. Härvidlag ha landstingen själva frihet att bestämma avgifterna. Vid de fem centraltandpolikliniker, som för närvarande äro i verksamhet, torde man ha försökt att hålla i stort sett enhetliga avgifter. För det å lasarettet ineliggande klientelet åter gäller att tandvård av den beskaffenhet att den kan anses väsentligt bidra till hälsans återställande ej får föranleda särskilda kostnader för patienten. I denna tandvård ingå givetvis tandskador av mera svårartad beskaffenhet.

I fråga om anförda bestämmelser får norrlandskommittén framhålla att man givetvis icke vid en med huvudsakligen statliga medel finansierad anstalt sådan som den ifrågavarande tandvårdsanstalten kan överlåta åt landstinget-huvudmannen att bestämma patienternas avgifter. *En särskild taxa för behandling vid anstalten* av tandskador av mera svårartad beskaffenhet bör därför utarbetas. Då folktandvårdssakkunnigas uppdrag även innefattar övervägande rörande taxefrågor inom folktandvården, synes det lämpligt, att också avvägningen av taxorna för nu avsedd behandling upptages av de sakkunniga. Måhända bör även i detta sammanhang en översyn företagas av bestämmelserna rörande patienternas avgifter vid centraltandpoliklinikerna.

Kostnaderna för tandvård kunna — även med tillämpning av folktandvårdstaxan — bli betydande. Emellertid finnes viss möjlighet för *obemedlade och mindre bemedlade* personer att erhålla bidrag till tandvårdskostnaderna, nämligen om de är bosatta i kommuner som anslagit särskilda medel härför. Kommunerna erhålla visst statsbidrag för sådan verksamhet. Kommunerna i Norrland ha emellertid i ytterst ringa utsträckning anslagit medel för detta ändamål. År 1945 då 27 distriktpolikliniker voro i verksamhet hade endast 9 kommuner beviljat dylika anslag, i flertalet fall med obetydliga belopp. En starkt bidragande orsak härtill är utan tvivel att skattebördan i en stor del av de norrländska kommunerna är mycket tyngande. Frågan om tandvård åt obemedlade och mindre bemedlade personer är föremål för prövning inom folktandvårdssakkunniga. Kommittén får i detta sammanhang framhålla, att det synes olämpligt att göra ifrågavarande förmån beroende av kommunernas medverkan. I kommuner som ha särskilt tyngande skattebördan och som därför ha svå-

righet att anslå medel för ifrågavarande ändamål finnes nämligen ofta ett ovanligt stort antal personer som äro i behov av hjälp av ifrågavarande slag.

Norrlandskommittén förutsätter att de bestämmelser rörande befrielse från, respektive nedsättning av kostnaderna för tandvård åt obemedlade och mindre bemedlade, som komma att gälla tandvård vid anstalter inom folktandvården, även komma att tillämpas vid ifrågavarande tandvårdsanstalt. Detsamma gäller bestämmelserna rörande s. k. social tandvård (mödrahjälpstandvård etc.).

I detta sammanhang må även beröras frågan om kostnaderna för *resor* till och från tandvårdsanstalten. Ersättning för resor till folktandvårdens anstalter utgår för närvarande icke. Den omständigheten att ersättning för resor till centraltandpoliklinik för närvarande icke utgår kan medföra att obemedlade personer, som erhållit bidrag till tandvård av allmänna medel och som på grund av att deras tandskador äro av särskilt svårartad karaktär icke lämpligen kunnat erhålla vård å distriktstandpoliklinik, nödgas avstå från den beviljade förmånen om de icke kunna uppbringa medel för resan till centraltandpolikliniken. Denna fråga torde närmast ankomma på folktandvårdssakkunniga. Då frågan om ersättning för resekostnader blir av ännu större betydelse vid tandvårdsanstalten än vid centraltandpoliklinikerna förutsätter kommittén, att jämväl frågan om obemedlades och mindre bemedlades resor till anstalten kommer att prövas i detta sammanhang.

AVD. C. TANDVÅRDSANSTALT MED TANDLÄKARUTBILDNING.

Kap. 25. Synpunkter på tandläkarutbildning i Norrland.

Av vad som anförts i kap. 17 och 18 rörande norrlandsbefolkningens tandförhållanden och tandvården i Norrland framgår att den angelägnaste åtgärden på tandvårdens område för Norrland, liksom för övriga delar av landet, är en ökning av antalet tandläkare. Detta önskemål är för Norrlands del särskilt markerat genom tandsjukdomarnas stora utbredning och genom den ur norrländsk synpunkt ofördelaktiga fördelningen av tandläkarna i landet. I sistnämnda avseende erinrar kommittén om de i tabell 14 lämnade uppgifterna att antalet tandläkare per 10 000 invånare år 1946 var i Västerbottens län 1,6, i de 4 nordligaste länen 2,1 och i övriga delar av landet 4,3. En för Norrland fördelaktigare fördelning av tandläkarna i landet torde knappast kunna påräknas såvida icke särskilda åtgärder härför vidtagas. Mot bakgrunden av det anförda har norrlandskommittén funnit sig böra överväga om icke tandläkarutbildning lämpligen skulle kunna anordnas vid den i Avd. B föreslagna tandvårdsanstalten. Om totala antalet årligen utbildade tandläkare i landet höjes genom att utbildning anordnas i Norrland, torde man med säkerhet kunna räkna med att det totala antalet norrlänningar, som studera till tandläkare blir större än om höjningen sker genom ökning av utbildningsplatserna vid ett institut i södra eller mellersta Sverige. Det procentuella antalet studerande som komma att slå sig ned som tandläkare i Norrland måste antagas bli större bland norrlänningar som studerat i Norrland än bland icke norrlänningar som studerat i södra delarna av landet. Anordnandet av tandläkarutbildning i Norrland måste därför — i högre grad än anordnande av tandläkarutbildning på annan plats — komma att ur norrländsk synpunkt fördelaktigt *påverka fördelningen* av tandläkare i landet.

Trots att ett ständigt stigande antal läroverk inrättas i Norrland saknar landsdelen ännu högskolor. En ytterligare — och väsentlig — fördel med utbildning av tandläkare i Norrland blir mot bakgrunden härav att ungdomen i Norrland erhåller *möjligheter att i viss utsträckning fullfölja högre utbildning inom landsdelens egna gränser.*

Anordnande av tandläkarutbildning i Norrland är emellertid en åtgärd som icke kan ses enbart ur norrländska synpunkter. Den sammanhänger givetvis nära med frågan om tandläkarutbildningen överhuvudtaget. Innan kommittén ingår på de ytterligare fördelar som tandläkarutbildning i Norrland skulle medföra, må lämnas en kortfattad *redogörelse för utbildningsfrågans nuvarande läge*.

Med hänsyn främst till folktandvården beslöts år 1943 en omorganisation av tandläkarinstitutet i Stockholm — det enda i landet — varigenom dess examinationskapacitet ökades från omkring 90 till 120 tandläkare om året. Denna ökning har sedermera icke ansetts tillräcklig. 1945 års riksdag fattade principbeslut om inrättande av två nya tandläkarinstitut å plats som framdeles skulle bestämmas. Då emellertid den förefintliga bristen på lärarkrafter syntes lägga hinder i vägen för att samtidigt igångsätta undervisningen vid två nya institut skulle tills vidare endast ett nytt institut uppföras. Detta skulle planläggas för en årlig utexaminering av tills vidare högst 80 tandläkare. I samband härmed framhölls det som önskvärt att kapaciteten vid institutet i Stockholm i sinom tid nedbringades till 100 tandläkare om året varigenom den sammanlagda årliga examinationskapaciteten skulle uppgå till 180 tandläkare. Riksdagen uttalade dock i samband härmed att en examinationskapacitet av 180 tandläkare om året måste anses hållen i underkant. I prop. 241 till 1946 års riksdag uttalade departementschefen att skäl för det dåvarande icke föreläge att för en längre framtid räkna med ett behov av mer än omkring 200 nya tandläkare om året. Vid planläggning av en definitiv organisation med tre tandläkarinstitut syntes det därför lämpligt att utgå från en årlig examinationskapacitet vid institutet i Stockholm — som ansågs vara alltför stort — av omkring 80 och vid de två nya instituten av tillsammans omkring 120. 1946 års riksdag beslöt att det nya institutet skulle förläggas till Malmö. Examinationskapaciteten som fastställdes till 80 per år borde framdeles, sedan ytterligare ett tandläkarinstitut uppförts och det ökade tandläkarbehovet någorlunda tillgodosetts, sänkas under nämnda tal, förslagsvis till 60.

Den stad som i allmänhet nämnts som förläggningsort för ett tredje institut är Göteborg. Även en placering i Norrland har emellertid diskuterats. Sålunda har medicinalstyrelsen i skrivelse den 13 november 1945 angående anordnandet av nya tandläkarinstitut bl. a. anfört följande.

»Beträffande förläggningsorten för ett tredje tandläkarinstitut får styrelsen framhålla, att mycket vägande skäl tala för Göteborg men att även ett institut för Norrland säkerligen skulle bliva av stort värde. Dock torde det möta betydligt större svårigheter att ordna undervisningen där. Även den möjligheten synes sedermera kunna upptagas till övervägande, att i Göteborg inrättas ett tredje och för Norrland ett fjärde institut, det sistnämnda som alternativ till den vidare utbyggnad av instituten i Malmö och Göteborg, vilken kan komma att bliva erfor-

derlig, därest de nu förefintliga respektive föreslagna instituten i en framtid skulle visa sig otillräckliga. Medicinalstyrelsen anser sig dock för närvarande ej böra taga ställning till dessa frågor.»

Behovet av tandläkare är nu mycket stort i hela landet. Måhända kan man räkna med att sedan utbyggnaden av tandvården nått en viss omfattning behovet åter kommer att sjunka. Utvecklingen på ifrågavarande område är emellertid mycket svår att förutse. Som exempel härå må återgivas ett uttalande av medicinalstyrelsens norrlandsundersökning 1929—1931.

»För Sveriges vidkommande synes med tandläkarinstitutets nuvarande utbildningskapacitet en maximisiffra av 3 000 tandläkare vara nådd redan 1943. (Den verkliga siffran blev 2 415, norrlandskommitténs anmärkning.) Vid denna tidpunkt förefinnas sannolikt tandläkare inom alla trakter av landet även på platser av den ringa storleksordning, att många tandläkare icke kunna få skäligen bärning genom arbete efter enbart minimitaxor. Bidrag från det allmänna bli därför erforderliga för att bereda 'skol- och folktandläkare' en skäligen bärning.»

Enligt vad som framgår av de i det föregående lämnade uppgifterna rörande tandläkarbristen har utvecklingen tagit en annan riktning än den förutsedda.

Mot bakgrunden av det anförda synes man böra eftersträva att få fram en organisation som *smidigt kan anpassa sig till skiftande förhållanden*, d. v. s. som relativt snabbt kan få fram ett stort antal tandläkare då behovet är stort men som likväl erbjuder möjligheter att minska utbildningskapaciteten efter hand som utvecklingen visar att behovet tillgodosätts. Ett dylikt system synes enklast kunna genomföras om utbildningen decentraliseras på ett flertal anstalter.

En decentralisering av utbildningen till flera smärre anstalter erbjuder även ur andra synpunkter betydande fördelar. Främst kanske detta gäller med hänsyn till *utbildningens effektivitet*. Det har under förarbetena i förevarande fråga upprepade gånger framhållits (bl. a. av medicinalstyrelsen i utlåtande den 3 augusti 1945 över tandläkarutbildningssakkunnigas förslag om ökning av antalet tandläkarstuderande fr. o. m. höstterminen samma år) att antalet elever i varje årskurs icke bör överstiga 60 med hänsyn bl. a. till de olägenheter som härav föranledas för undervisningen. Medicinalstyrelsen anförde i nämnda utlåtande att tandläkarundervisningen snarast borde decentraliseras till 3 institut och att sålunda 2 nya institut borde inrättas, det första lämpligen beräknat för en kapacitet av 40 elever per år.

Det må framhållas att tandläkarinstitut med ett efter nuvarande svenska förhållanden ringa antal elever ingalunda äro ovanliga utomlands.

Ur en artikel i Sveriges Tandläkarförbunds Tidning nr 22, 1945, som till författare har en av ledamöterna i 1944 års tandläkarutbildningssakkunniga, chefstandläkaren Filip Pålsson, har kommittén hämtat följande uppgifter rörande tandläkarutbildningsförhållandena i Schweiz. I Schweiz med dess erkänt höga tandläkarstandard finnas fyra institut för utbildning av tandläkare. Årliga examinationskapaciteten framgår av nedanstående.

Tandläkarinstitutet i Zürich	20—25	tandl.	per	år
»	» Genève	10—25	»	»
»	» Basel	10—20	»	»
»	» Bern	10—20	»	»

I en annan artikel, nr 24, 1945, redogör samma författare för utbildningsförhållandena i U. S. A., som i vissa avseenden anses vara ett föregångsland ur odontologisk synpunkt. Författaren uppger här att icke mindre än 8 skolor år 1942 var för sig utexaminerade mindre än 25 tandläkare årligen. Ur artikeln må vidare återgivas följande.

»Tandläkarskolorna med deras kliniska avdelningar äro vanligen belägna i de största och större städerna. Det förekommer emellertid även, att mindre och medelstora städer hysa sådana, med framgång bedrivna institutioner. Som exempel härpå kan nämnas att Michigans statsuniversitet med sin tandläkarskola är beläget i den lilla universitetsstaden Ann Arbor med blott c:a 30 000 bofasta inv. jämte c:a 12 000 studenter. Staden med omgivande landsbygd förser skolans polikliniska avdelningar tillräckligt med patienter för en årlig utexaminering av c:a 60—80 tandläkare, fastän detta antal icke uppnåtts under senare år på grund av ett minskat antal odont. stud. Ett annat exempel härpå är Iowas statsuniversitet med sin odontologiska fakultet, som är beläget i Iowa City. Denna stad har c:a 25 000 inv. jämte omkring 5 000 studenter. Härifrån utexamineras årligen 40—60 tandläkare. Brist på patienter har aldrig förelegat vid dessa två skolor belägna i mindre universitetsstäder. Båda skolorna, som tillhöra de ledande i U. S. A., äro emellertid väl organiserade, förträffligt skötta och ledda, varför även deras patientvård står på en hög nivå. Förhållandena vid dessa två och några andra likartat belägna institutioner visa sålunda bl. a., att ett tandläkarinstitut, för patienttillgångens skull icke nödvändigtvis behöver placeras i en storstad utan mycket väl kan ligga i en medelstor eller t. o. m. mindre stad.»

Liknande erfarenheter föreligga även från andra länder. I tandläkarutbildningssakkunnigas betänkande Del I (S. O. U. 1946:12), sid. 61, uppges, att i Storbritannien finnas sammanlagt 20 tandläkarskolor. Dessa 20 skolor ha en sammanlagd examinationskapacitet av omkring 450 tandläkare per år. Varje skola utbildar alltså i genomsnitt $450/20 = 22,5$ tandläkare per år.

I »Den Norske Tannlaegerforenings Tidende» för juni 1946 har möjligheten av att anlägga ett nytt norskt tandläkarinstitut i Bergen, med en examinationskapacitet av 30 tandläkare om året, diskuterats. Man har här hänvisat till att professor F. C. Wilkinson, Liverpool, ordförande i Dental Education Advisory Council, uttalat att det idealiska antalet elever i varje årskull borde utgöra omkring 20. Övre gränsen för en värdefull undervisning borde enligt Wilkinson utgöra 30—35 elever. Vid högre elevantal vore det erforderligt att fördubbla huvudlärarnas antal, för att icke den för undervisningen värdefulla personliga kontakten med eleverna skulle eftersättas.

Mot bakgrunden av det anförda ter sig den nuvarande tandläkarutbildningsorganisationen i Sverige med 2 institut om 100 resp. 80 elever i

varje årskurs ur undervisningssynpunkt mindre tillfredsställande. Kommittén får i detta sammanhang återgiva ett uttalande av Svenska Tandläkare-Sällskapet och Sveriges Tandläkarförbund i av de båda organisationerna avgivet gemensamt yttrande över tandläkarutbildningssakkunnigas betänkande Del I.

»Om man dessutom tar hänsyn till erfarenheterna från institutet i Stockholm, torde man med fog kunna påstå att ytterligare ett stort institut i Sverige med årskurser om 80—100 studerande skulle innebära, att vårt odontologiska undervisningsväsende icke hölle jämna steg med den internationella utvecklingen. Vid ett så stort institut erhåller nämligen den enskilde studeranden icke den individuella undervisning och handledning, som är nödvändig för uppnående av bästa möjliga utbildningsresultat.» (Kurs. i yttrandet.)

Slutligen må i förevarande fråga återgivas ett uttalande av medicinalstyrelsen i ovannämnda skrivelse den 13 november 1945.

»Styrelsen är väl medveten om att två mindre institut ur kostnadssynpunkt skulle bliva ofördelaktigare än ett större men anser dock, att de därmed förknippade fördelarna äro så betydande, att kostnadsökningen ej bör bli av avgörande betydelse vid bedömandet av denna viktiga fråga. — — — Vinsterna i fråga om utbildningens kvalitet — varav följer en i motsvarande mån högre standard vid tandvårdens meddelande i landet — bör enligt styrelsens bestämda uppfattning, vilken dock svårligen kan ledas i siffermässigt bevis, spela den avgörande rollen när man utan tvekan kan uttala, att ett beslut om två mindre institut på längre sikt bleve ekonomiskt mera fördelaktigt än ett beslut om ett större.»

Kommittén har sig väl bekant att vissa *svårigheter* anses föreligga att inrätta ett tandläkarinstitut i Norrland. Dessa svårigheter hänföra sig dels till avsaknaden av medicinsk fakultet och dels till den omständigheten att Norrland saknar varje slag av storstadsbebyggelse, vilken senare omständighet tidigare på flera håll betraktats som en förutsättning för att ett tillräckligt patientmaterial för eleverna skall kunna uppbringas. Säkerligen är det dessa svårigheter de sakkunniga haft i tankarna då de i ovannämnda betänkande Del I preliminärt avfört Norrland från diskussionen om lämpligaste förläggningsorten för det första nya tandläkarinstitutet.

I den mån svårigheterna hänföra sig till *avsaknaden av medicinsk fakultet* har frågan numera, sedan norrlandskommittén föreslagit inrättande av en central sjukvårdsanstalt i Norrland, kommit i ett annat läge. Vid nämnda sjukvårdsanstalt erhåller nämligen tandvårdsanstalten tillfälle till samarbete såväl med rikt differentierade medicinska-teoretiska institutioner som med ett stort antal högt kvalificerade kliniker på sjukvårdens område. Visserligen måste man räkna med att den prekliniska undervisningen får fullgöras på annan plats, exempelvis i Stockholm eller Uppsala men denna anordning kan knappast föranleda några oöverstigliga svårigheter även om vissa smärre jämkningar i studieplanen måste vidtagas i

anledning därav. I fråga om dessa jämkningar liksom i fråga om möjligheten att förlägga den prekliniska undervisningen till Stockholm eller Uppsala får kommittén hänvisa till den efterföljande utförliga redogörelsen i kap. 26.

Beträffande den andra svårigheten som hänför sig till *patientunderlaget* får kommittén i första hand hänvisa till vad som härom anförts rörande tandvårdsanstalten i Avd. B (kap. 20). Ytterligare må här anföras följande.

Institutets lärarpersonal, som i det följande (kap. 27) beräknas uppgå till 26 tandläkare, bör för tandvårdande uppgifter prestera detsamma som vid den i Avd. B föreslagna tandvårdsanstalten d. v. s. $12\frac{1}{2}$ tandläkares arbete. Härtill kommer tandvård som meddelas i samband med undervisningen (kandidatbehandling), och som i viss utsträckning under lärarnas ledning handhaves av de studerande.

Tandläkarutbildningssakkunniga ha räknat med att kandidatvården vid malmöinstitutet (vilken omhänderhaves av 4 årskurser om vardera 80 elever) motsvarar 14 tandläkares arbete. Kandidatvården vid norrlandsinstitutet (vilken omhänderhaves av 4 årskurser om vardera 20 elever, se nedan) skulle efter samma norm blott motsvara $3\frac{1}{2}$ tandläkares arbete. Med hänsyn härtill synes befolkningsunderlaget i Umeå vara tillräckligt för att skapa sysselsättning för institutets lärarpersonal. Sålunda finnas i Umeå med omnejd efter anstaltens inrättande $11 + 12\frac{1}{2} = 23\frac{1}{2}$ tandläkare (se kap. 20). Härtill kommer (högst) $3\frac{1}{2}$ tandläkares arbete i kandidatvården. Sammanlagt skulle sålunda Umeå för tandvårdande uppgifter disponera 27 tandläkare. Enligt den av kommittén tidigare (i kap. 20) använda beräkningsgrunden (1 tandläkare pr 1 000 invånare) skulle befolkningen i Umeå med omnejd (2 mils radie) ha ett tandvårdsbehov motsvarande $34\frac{1}{2}$ tandläkares arbete. Skillnaden som motsvarar $7\frac{1}{2}$ tandläkares arbete synes utgöra en betryggande marginal för patienttillgången.

En annan sak är att endast en mindre del av befolkningen kan tänkas vara benägen att söka kandidatbehandling. Hur stor del detta är kan icke med någon säkerhet angivas. Bl. a. inverkar här givetvis förhållandet mellan kostnaden för kandidatbehandling respektive tandläkarbehandling vid anstalten. I den efterföljande kostnadsberäkningen (i kap. 28) har kommittén räknat med att patientintäkterna för kandidatbehandlingen, liksom vid tandläkarinstitutet i Stockholm, skulle täcka kostnaderna för förbrukningsartiklar vid institutet. Om svårigheter skulle uppstå att erhålla tillräckligt patientmaterial till undervisningen, synes kandidatbehandlingen emellertid — i enlighet med det system som tillämpats vid stockholmsinstitutet — böra lämnas billigare, eventuellt gratis (i så fall får landstinget begära särskilt anslag för kostnaderna för förbrukningsartiklar). Vad som ovan anförts rörande patientunderlaget vid vissa institut i mindre städer i Förenta Staterna tyder emellertid på att befolkningen där villigt ställt sig till förfogande för kandidatbehandling.

Enligt det föregående skulle kandidatbehandlingen vid ett institut i Umeå motsvara $3\frac{1}{2}$ tandläkares arbete men det totala tandvårdsbehovet i staden motsvara $34\frac{1}{2}$ tandläkares arbete. Detta innebär att endast var tionde patient skulle behöva söka kandidatbehandling för att patientbehovet skulle fyllas. Kommittén anser sig med hänsyn till det anförda ha anledning räkna med att så kommer att ske. Det relativt ringa befolkningsunderlaget torde sålunda icke utgöra något hinder för att förlägga tandläkarutbildning till en anstalt i Umeå.

Det anförda gäller i ännu högre grad Sundsvall. Beträffande Sollefteå äro däremot förutsättningarna för anordnande av tandläkarutbildning väsentligt sämre. Antalet tandläkare inom 2-milsräjongen är här 5, vilket tillsammans med anstaltstandvården ($12\frac{1}{2} + 3\frac{1}{2} = 16$) motsvarar 21 tandläkare. Befolkningen inom 2-milsräjongen är endast 18 500, vilket enligt här använd beräkningsgrund endast lämnar sysselsättning åt 18 tandläkare. Här finnes sålunda ingen marginal för kandidattandvården.

Av det anförda framgår att de ovan berörda svårigheterna knappast äro av den art att de i och för sig böra avskräcka från att anordna tandläkarutbildning i Norrland. Enligt vad som framgår av det följande torde en sålunda ordnad utbildning ej heller ställa sig dyrbarare per utexaminerad tandläkare än på annat håll. Å andra sidan äro fördelarna — såväl för Norrland som för landet i dess helhet — påtagliga. På anförda grunder har norrlandskommittén funnit lämpligt, att tandläkarutbildning anordnas vid den i det föregående i detta betänkande föreslagna tandvårdsanstalten. Antalet elever kan, som utredningen i kap. 27 visar, lämpligen beräknas till 20 om året.

Som tidigare framhållits har man räknat med att examinationskapaciteten sedan ett tredje institut inrättats, skall nedskrivs till 80 tandläkare om året vid stockholmsinstitutet och 60 vid malmöinstitutet eller vid båda nämnda anstalter till sammanlagt 140 tandläkare om året. För att komma upp till den examinationskapacitet om 200 tandläkare om året som statsmakterna enligt ovan räknat med, erfordras sålunda utbildning av ytterligare 60 elever om året. Om minst 20 elever årligen utbildas vid den ovan föreslagna tandvårdsanstalten i Norrland, skulle man för att komma upp till en sammanlagd examinationskapacitet av 200 tandläkare om året behöva vid det planerade göteborgsinstitutet utbilda 40 tandläkare om året — såvida icke stockholmsinstitutet nedskrivs till den ur utbildningssynpunkt lämpligare siffran 60, i vilket fall göteborgsinstitutet skulle få samma kapacitet som stockholms- och malmöinstitutet eller 60 elever om året.

Kap. 26. Studieplan.

Efter av Kungl. Maj:t givet bemyndigande har kanslern för rikets universitet den 7 mars 1947 fastställt ny studieplan för tandläkarutbildningen.

Denna studieplan bygger på att de studerande skola utan överansträngning kunna tillgodogöra sig utbildningen på allra högst tio terminer d. v. s. fem år. Möjlighet skall beredas sådana studerande, som visar särskild lämplighet för odontologiska studier och yrkesutövning, att från och med den sjunde terminen följa en särskild studieplan, som möjliggör för dem att avlägga tandläkarexamen redan efter nio terminers studier. Den dagliga tjänstgöringstiden vid tandläkarinstituten skall utgöra 6 arbets- och övningstimmar samt därutöver föreläsningar till ett antal av högst 90 per termin. Terminens längd skall vidare maximeras till 90 dagar per år. För vinnande av erforderliga garantier i fråga om studenternas möjligheter att avlägga examen inom 10 terminer bör den tionde terminen endast beläggas med undervisning till hälften, så att den återstående hälften av terminen kan ägnas åt examensarbete och de sista tentamina.

Undervisningen under första studieåret benämnes, liksom tidigare, den prekliniska undervisningen. Enligt hittills gällande studieplan är denna undervisning helt förlagd till karolinska institutet respektive medicinska fakulteten i Lund och meddelas av därvarande professorer, som för denna undervisning uppbära särskilda arvoden. Undervisningen har omfattat följande ämnen, nämligen anatomi, cirka 80 föreläsningar, histologi med embryologi, cirka 100 föreläsningar, kemi med metallurgi och läkemedelslära, cirka 110 föreläsningar, fysik och fysiologi, cirka 80 föreläsningar, samt patologi med bakteriologi, cirka 100 föreläsningar. Undervisningen meddelas uteslutande i form av föreläsningar och demonstrationer. Några praktiska övningar i form av dissektioner och laborationer äro de studerande icke i tillfälle att utföra. Det första studieåret avslutades med tandläkarkandidatexamen.

Den nya studieplanen innebär i flera hänseenden en förändring av det prekliniska studieåret. Sålunda ha de praktiskt odontologiska kurserna i tandanatomi och propedeutisk bettlära infogats i första studieårets schema, medan samtidigt undervisningen i allmän patologi, i farmakologi och i metallurgi överflyttats till den propedeutisk-kliniska studieperioden; därjämte har en ny kurs i speciell tandhistologi inrättats. Även beträffande sättet för undervisningens meddelande i de medicinskt-teoretiska läroämnena har en förändring genomförts. Enligt den nya studieplanen ha eleverna att utföra eget laboratoriearbete i form av dissektioner, mikroskoperingsövningar samt fysiologiska och kemiska laborationer.

Med hänsyn till den tid, som anslagits till de olika ämnena kunna dessa lämpligen indelas i »huvudämnena» och i »specialkurser». Huvudämnena utgöras av anatomi, fysik och fysiologi, histologi med embryologi samt kemi. Specialkurserna äro: speciell tandanatomi, speciell tandhistologi, propedeutisk bettlära och allmän bakteriologi.

Undervisningen i de fyra huvudämnena samt i allmän bakteriologi och speciell tandhistologi avses meddelad vid respektive teoretiska institutioner, tillhörande medicinska fakulteten i Lund och karolinska institutet. Undervisningen i propeutisk bettlära och i speciell tandanatomi avses ske vid respektive tandläkarinstitut och så, att undervisningen i det förra ämnet äger rum vid avdelningen för odontologisk ortopedi, i det senare vid avdelningen för karieslära.

Vissa detaljer i planen — främst den tid som under det prekliniska året anslags för praktiska övningar — äro föremål för ytterligare överväganden.

Som av det anförda framgår skall huvuddelen av undervisningen under det prekliniska året anknytas till medicinsk fakultet. Då en sådan saknas i Norrland måste angivna del av undervisningen förläggas till institutioner på annat håll, närmast till karolinska institutet eller till medicinska fakulteten i Uppsala. Härom må anföras följande.

Sedan verksamheten vid tandläkarinstitutet i Malmö kommit i gång är det avsikten att årskursen vid stockholmsinstitutet skall väsentligt reduceras. Den minskade belastning av de prekliniska kurserna vid karolinska institutet som blir en följd härav motverkas emellertid av att en väsentlig utökning av den praktiska undervisningen vid ifrågavarande kurser skall företagas enligt den nya studieplanen. De ökade krav som härigenom ställas på lokaler etc. ha återigen i viss utsträckning tillgodosetts genom den utbyggnad av ifrågavarande lokaler vid karolinska institutet som beslutats vid 1946 års riksdag. Vissa detaljer rörande framförallt omfattningen av den praktiska undervisningen under det prekliniska året äro emellertid ännu när detta skrives under utredning. I vilken utsträckning den åsyftade nedskrivningen av antalet elever vid stockholmsinstitutet kan medverka till att plats vid de prekliniska kurserna beredes eleverna vid en undervisningsanstalt i Norrland kan med hänsyn till det anförda för närvarande icke överblickas.

I fråga om möjligheten att anordna preklinisk undervisning vid medicinska fakulteten i Uppsala får kommittén hänvisa till att tandläkarutbildningssakkunniga i skrivelse den 6 juni 1945 rörande provisorisk utökning av antalet studerande vid tandläkarinstitutet i Stockholm meddelat att överläggningar härom ägt rum med medicinska fakulteten i Uppsala och att dessa överläggningar lett till positivt resultat. Kanslern för rikets universitet uttalade i yttrande den 2 juli 1945 över nyssnämnda skrivelse »— — — att medicinska fakulteten i Uppsala ansett sig i föreliggande läge icke kunna motsätta sig att den prekliniska undervisningen för en del av de blivande tandläkarna under läsåret 1945/46 provisoriskt förlades till universitetet i Uppsala». Kanslern utgick från »att Uppsala fakultet icke kommer att undandraga sig sin medverkan, även om provisoriet, såsom antagligt är, kommer att räcka längre än ett år». Patologiska institutionen i Uppsala ansåg sig icke kunna biträda fakultetens beslut. Det bör här erinras om att nämnda uttalande hade avseende å de mindre

omfattande kurserna enligt den gamla studieplanen. Någon undervisning av ifrågavarande slag kom emellertid icke till stånd i Uppsala då riksdagen redan samma höst fattade principbeslut om inrättandet av två nya tandläkarinstitut och om provisorisk utbildning av 40 studerande vid medicinska fakulteten i Lund.

Även om frågan om den prekliniska undervisningens utformning sålunda ännu icke blivit i detalj fastställd finner sig norrlandskommittén med hänsyn till vad som anförts i det föregående kunna utgå från att sådan undervisning kan ordnas i Stockholm eller Uppsala för de 20 studerande från Norrland varom här är fråga. De närmare detaljerna för undervisningens ordnande synas emellertid böra undersökas i samband med pågående utredning rörande den prekliniska undervisningens slutliga utformning.

Som ovan angivits skola numera vissa kurser under det prekliniska året nämligen kurserna i propedeutisk bettlära och speciell tandanatomi fullgöras vid respektive tandläkarinstitut. Detta kan föranleda vissa svårigheter för de studerande från en norrlandsanstalt, vilka fullgöra det prekliniska året i Stockholm eller Uppsala. Det är nämligen icke säkert att dessa elever kunna beredas plats vid tandläkarinstitutet i Stockholm under nämnda kurser. I Uppsala kunna dessa kurser över huvud taget icke hållas eftersom där icke finnes något tandläkarinstitut. Viss möjlighet torde dock föreligga att i Stockholm förlägga dessa kurser till slutet av andra terminen och att låta de studerande från Norrland avsluta studierna i Stockholm dessförinnan. I Uppsala skulle ju en dylik förkortning av det prekliniska året inträda automatiskt. De studerande från Norrland skulle därefter, d. v. s. under slutet av andra terminen, genomgå ifrågavarande kurser vid den norrländska anstalten. Emellertid måste här även beaktas att de till den senare studietiden förlagda kurserna i topografisk anatomi och farmakologi skola fullgöras vid institutioner tillhörande medicinsk fakultet, och sålunda icke kunna fullgöras i Norrland. För de studerande från Norrland vore det därför önskvärt om dessa senast berörda kurser kunde byta plats med institutkurserna i propedeutisk bettlära och speciell tandanatomi så att samtliga kurser vid den medicinska fakulteten kunde fullgöras under det prekliniska året och de återstående studierna helt kunde bedrivas i Norrland.

Enligt vad kommittén erfarit synas icke heller några oöverstigliga hinder möta mot en sådan anordning. Såväl kurserna i farmakologi som i topografisk anatomi äro av sådan natur, aft de väl torde kunna förflyttas till ett mindre avancerat stadium av utbildningen. En förflyttning av undervisningen i speciell tandanatomi och propedeutisk bettlära till början av tredje terminen synes heller icke i nämnvärd mån kunna vederstå undervisningens resultat. Någon mer avsevärd skillnad i fråga om längden av undervisningen under det prekliniska året synes knappast hel-

ler behöva inträda som en följd av en dylik omflyttning av kurserna. Jämväl förevarande fråga synes böra uppmärksammas vid den fortsatta utredningen rörande den prekliniska undervisningens utformning. Kommittén har likväl med hänsyn till det anförda ansett sig kunna utgå från att en dylik omflyttning kan genomföras.

Kommittén har vidare ansett sig kunna räkna med att de övriga kurser under tredje och följande terminer som icke äro knutna till undervisningen vid ett tandläkarinstitut nämligen i allmän patologi, allmän kirurgi, intern medicin, bakteriologi samt öron-, näs- och halssjukdomar lika väl kunna fullgöras vid den i Del I av detta betänkande föreslagna sjukvårdsanstalten och dess modersjukhus som i Stockholm. Även kursen i materiallära bör kunna förläggas till Norrland där det icke torde föreligga någon större svårighet att som kursledare förvärva någon expert i hållfasthetslära eller dylikt.

Slutligen må i detta sammanhang nämnas att det ur undervisningssynpunkt är erforderligt att anordna barntandvård även för barn i skolåldern. Vid en tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning skulle, som framgår av Avd. B, endast anordnas tandvård för barn i förskolåldern.

I övrigt hänvisas i fråga om studieplanen till kap. 27 där bl. a. vissa uppgifter lämnas rörande kurser och övningar vid norrlandsanstalten.

Kap. 27. Beräkning av personalbehov och lönestat.

Om i enlighet med norrlandskommitténs förslag även tandläkarundervisning skall bedrivas vid den ifrågavarande anstalten, är det uppenbart att detta väsentligt måste påverka personalbehovet. Tandläkarna vid anstalten böra härvid samtidigt handhava tandvård i den omfattning, som angivits i kap. 20, och tjänstgöra som lärare vid undervisningen. Med denna utgångspunkt har kommittén uppskattat personalbehovet för nu åsyftade kombinerade uppgifter. För att ge en överblick över innebörden av kommitténs beräkningar har kommittén här nedan dels angivit det för varje avdelning vid norrlandsanstalten erforderliga personalbehovet samt tandläkarnas dagliga tjänstgöringstid, dels därmed sammanställt personalbehovet och den dagliga tjänstgöringstiden för tandläkare vid en tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning (tab. 19) dels ock sammanställt den dagliga tjänstgöringstiden för lärarna vid en norrlandsanstalt och vid tandläkarinstitutet i Malmö (tab. 20). Antalet avdelningar ha — som framgår av tab. 19 — beräknats i enlighet med tandläkarutbildningssakkunnigas förslag i betänkande Del III (S.O.U. 1947:9).

Tabell 19. Personalbehov och daglig tjänstgöringstid för tandläkare vid en tandvårdsanstalt i Norrland med, respektive utan tandläkarutbildning.

Tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning	Dgl tjg tid i tim.	Tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning	Dgl tjg tid i tim.
Karieslära med underavdelning		Tandfyllningskliniken	
1 professor	5	1 övertandläkare	5
3 avdelningstandläkare	21	2 avdelningstandläkare	14
2 assistenttandläkare	14	1 första tandsköterska	19
1 första tandsköterska	40	2 tandsköterskor	
3 tandsköterskor		Se även nedan.	
4 praktikanter			
Proteslära		Proteskliniken	
1 professor	5	1 övertandläkare	5
3 avdelningstandläkare	21	1 avdelningstandläkare	7
2 assistenttandläkare	14	1 chefstekniker	12
1 chefstekniker ¹	40	2 tandtekniker	
2 tandtekniker ¹		1 första tandsköterska	

¹ Gemensam för hela anstalten.

Tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning	Dgl tjgtid i tim.	Tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning	Dgl tjgtid i tim.
1 första sköterska		1 tandsköterska	
3 tandsköterskor		Se även nedan.	
4 praktikanter			
		Gemensam personal för tand- fyllnings- och protesavd.	
		3 assistenttandläkare	21
		3 praktikanter	21
		Tandkirurgiska kliniken	
Tandkirurgi		1 övertandläkare	5
1 professor	5	1 assistenttandläkare	7
1 avdelningstandläkare	7	1 sjuksköterska	12
2 assistenttandläkare	14	1 tandsköterska	
1 sjuksköterska	26		
2 tandsköterskor			
2 praktikanter			
		Tandregleringskliniken	
Odont. ortopedi.		1 övertandläkare	5
1 professor	5	1 assistenttandläkare	7
1 assistenttandläkare	7	1 första tandsköterska	12
1 första tandsköterska	12	1 praktikant	
1 praktikant			
		Röntgenkliniken	
Röntgendiagnostik		1 halvdagstjänstgörande avdelningstandläkare	3,5
1 professor	5	1 sjuksköterska	3,5
1 assistenttandläkare	7		
1 sjuksköterska	12		
1 praktikant			
		Barntandvård	
1 avdelningstandläkare	7		
1 amanuens	3		
1 första tandsköterska	10		
1 praktikant			
		Bettanalys etc.	
1 avdelningstandläkare	7		
1 amanuens	3		
1 första tandsköterska	10		
1 praktikant			
		Tandhistopatologi	
1 avdelningstandläkare	7		
	7		
		Allmänna mottagningen	
1 assistenttandläkare	7		
1 praktikant			
	7		

Tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning	Dgl tjtgd i tim.	Tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning	Dgl tjtgd i tim.
Gemensam personal		Gemensam personal	
2 preparatriser		2 preparatriser	
1 kontorist		1 kontorist	
2 tekniska biträden		1 vaktmästare	
1 reparatör		1 skrivbiträde	
1 vaktmästare och portvakt		2 praktikanter	
5 skrivbiträden			
	Summa daglig tjtgd för tandläkare		Summa daglig tjtgd för tandläkare
	164		79,5

Tabell 20. Sammanställning av den dagliga tjänstgöringstiden för lärarna vid norrlandsanstalten och vid tandläkarinstitutet i Malmö.

N o r r l a n d		M a l m ö.	
	Dagl. tjtgd i tim.		Dagl. tjtgd i tim.
Karieslära med underavdelning.		Karieslära med underavdelning.	
1 professor	5	1 professor	5
3 avdelningstandläkare	21	2 laboratorer	8
2 assistenttandläkare	14	5 avdelningstandläkare	17,5
	40	5 assistenttandläkare	15
		11 amanuenser	33
			78,5
Proteslära		Proteslära	
1 professor	5	1 professor	5
3 avdelningstandläkare	21	1 laborator	4
2 assistenttandläkare	14	5 avdelningstandläkare	17,5
	40	6 assistenttandläkare	18
		8 amanuenser	24
			68,5
Tandkirurgi		Tandkirurgi	
1 professor	5	1 professor	5
1 avdelningstandläkare	7	1 laborator	4
2 assistenttandläkare	14	3 avdelningstandläkare	10,5
	26	3 assistenttandläkare	9
		6 amanuenser	18
			46,5
Odont. ortopedi		Odont. ortopedi	
1 professor	5	1 professor	5
1 assistenttandläkare	7	1 avdelningstandläkare	3,5
	12	3 assistenttandläkare	9
		3 amanuenser	9
			26,5

N o r r l a n d.

Dagl. tjgtid
i tim.

Röntgendiagnostik

1 professor	5
1 assistenttandläkare	7
	12

Barntandvård

1 avdelningstandläkare	7
1 amanuens	3
	10

Bettanalys etc.

1 avdelningstandläkare	7
1 amanuens	3
	10

Tandhistopatologi

1 avdelningstandläkare	7
	7

Allmänna mottagningen

1 assistenttandläkare	7
	7

S:a 164

M a l m ö.

Dagl. tjgtid
i tim.

Röntgendiagnostik

1 professor	5
1 avdelningstandläkare	3,5
1 assistenttandläkare	3
4 amanuenser	12
	23,5

Barntandvård

1 laborator	4
1 avdelningstandläkare	3,5
2 assistenttandläkare	6
3 amanuenser	9
	22,5

Bettanalys etc.

1 laborator	4
1 avdelningstandläkare	3,5
2 assistenttandläkare	6
2 amanuenser	6
	19,5

Tandhistopatologi

1 laborator	4
1 avdelningstandläkare	3,5
1 amanuens	3
	10,5

Allmänna mottagningen

1 avdelningstandläkare	3,5
1 assistenttandläkare	3
2 amanuenser	6
	12,5

S:a 308,5

Med utgångspunkt från att tandläkarpersonalen-lärarpersonalen får en sådan sammansättning som angivits i tab. 19 och 20, skulle den sammanlagda dagliga tjänstgöringstiden för tandläkarna vid den norrländska tandvårdsanstalten (inberäknat tandvård och undervisning) uppgå till 164 timmar. För tandläkarpersonalen vid tandvårdsanstalten utan tandläkarutbildning kommer den dagliga tjänstgöringstiden att uppgå till sammanlagt 79,5 timmar (tab. 19). Skillnaden 84,5 timmar torde i stort sett motsvara den tid som tandläkarna kunna ägna åt ren undervisning. Då antalet elever vid norrlandsanstalten har beräknats till 80 (4 årskurser om 20 elever) skulle sålunda på varje elev komma något mer än 1 lärartimme per dag. Enligt tab. 20 blir tandläkarpersonalens dagliga sammanlagda

tjänstgöringstid vid malmöinstitutet 308,5 timmar. Antalet elever är här 320 (4×80). Eleverna vid malmöinstitutet skulle sålunda disponera något mindre än en lärartimme per dag och alltså närmast något mindre lärartid per elev än vid norrlandsanstalten. Genom att antalet elever vid föreläsningarna blir dubbelt så stort i Malmö¹ som i Norrland, frilägges visserligen större tid för personlig handledning av eleverna vid förstnämnda institut. Det är emellertid att märka att föreläsningarna endast upptaga en mindre del av lärarnas undervisningstid. Dessutom kompenseras nyssnämnda förhållande av att elever vid norrlandsanstalten få tillfälle att närvara och assistera vid patientbehandlingen hos tandvårdsanstalten, vilket endast i ytterst begränsad omfattning kan ske vid instituten i Stockholm och Malmö, ävensom av att demonstrationerna av patienter vid föreläsningarna kunna bättre tillgodogöras vid kurser med endast 20 elever, såsom vid norrlandsanstalten, än vid kurser med större elevantal.

Kommittén har med hänsyn till det anförda ansett sig kunna räkna med att den i det föregående angivna tandläkarpersonalen skall vara tillräcklig för att fullfölja sina båda uppgifter som lärare vid institutet och tjänstemän vid tandvårdsanstalten.

För den personal, som ovan angivits, har kommittén upprättat nedanstående avlöningsstat. Beträffande de principer, som följts härvid hänvisas till vad som anförts beträffande avlöningsstaten för tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning.

Avlöningsstat för tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

(Där lönegrad finnes angiven hänvisar denna — utom i fråga om professorerna — till landstingens löneplan.)

	Kronor
Professorer	
5 st i lönegrad Ca 33 à 15 120	75 600
Avdelningstandläkare	
10 st (= Eastmaninstitutet) à 16 728 inberäknat indextillägg	167 280
Assistenttandläkare	
9 st med arvode motsvarande lönegrad 30 (= distriktstandläkare med tandvård endast för barn) à 13 440	120 960
Amanuenser	
2 st (= tandläkarinstitutet) à 4 032	8 064
Chefstekniker	
1 st i lönegrad 19 à 7 464	7 464
Tandtekniker	
2 st i lönegrad 12 à 5 592	11 184
Sjuksköterskor	
2 st i lönegrad 12 à 5 592	11 184

¹ Vid malmöinstitutet har räknats med att antalet elever vid föreläsningarna skall utgöra 40, vilket, då elevantalet är 80, innebär att föreläsningarna dubblas.

Preparatriser		
2 st i lönegrad 12 à 5 592		11 184
Kontorist		
1 st i lönegrad 11 à 5 328		5 328
Reparatör		
1 st i lönegrad 10 à 5 064		5 064
Vaktmästare tillika portvakt		
1 st i lönegrad 9 à 4 788		4 788
Första tandsköterskor		
5 st i lönegrad 9 à 4 788		23 940
Tandsköterskor		
8 st i lönegrad 8 à 4 536		36 288
Tekniska biträden		
2 st i lönegrad 8 à 4 536		9 072
Skrivbiträden		
5 st i lönegrad 6 à 4 056		20 280
Praktikanter		
15 st à 2 400		36 000
Summa 71 personer		553 680

För avdelningstandläkarna har i det angivna beloppet inräknats index-tillägg (= 64 % å 10 200 enligt Eastmaninstitutets lönesättning). I övrigt böra på de lönegradsplacerade avlöningsbeloppen läggas indextillägg med för närvarande 12 % å högst 14 400 kronor om året motsvarande 40 648 kronor. Lönekontot skulle sålunda uppgå till 594 328 kronor.

Undervisningen i vissa ämnen bör liksom vid tandläkarinstitutet handhas av *arvodeställda speciallärare*. Dessa ämnen äro materiallära, allmän patologi, topografisk anatomi, farmakologi, allmän kirurgi, intern medicin, bakteriologi, öron-, näs- och halssjukdomar samt social odontologi. Undervisning i dessa ämnen med undantag för topografisk anatomi och farmakologi förlägges till Norrlandssjukhuset (tandvårdsanstalten och sjukvårdsanstalterna). I ämnena topografisk anatomi och farmakologi meddelas undervisningen. — i omedelbar anslutning till det prekliniska året eller under detta — vid anatomisk respektive farmakologisk institution vid den medicinska fakultet där den prekliniska undervisningen äger rum.¹

Arvodena böra beräknas till 35 kronor per undervisnings- och förhörs-timme. Den följande redogörelsen anknyter nära till vad tandläkarutbildningssakkunniga i förevarande fråga anfört i sitt betänkande Del III, sid. 125 ff. Det må förutskickas att kommittén räknat med att intagning

¹ Kommittén har icke räknat med några kostnader för den prekliniska undervisningen, då platsen för denna undervisning icke kunnat i nuvarande läge bestämmas. Därest denna undervisning förlägges till karolinska institutet, torde den härav föranledda ökningen av kostnaden för de nuvarande kurserna vid institutet bli tämligen obetydlig.

av elever med hänsyn till det ringa antalet studenter endast bör ske en gång årligen.

Materiallära. Undervisningen lämnas under tredje terminen och omfattar förutom föreläsningar och demonstrationer 12 dagars tjänstgöring på tandvårdsanstaltens laboratorium för varje studerande. Befattningen som lärare i ämnet är lämplig som deltidstjänst för experter inom materialprovning, hållfasthetslära o. d. Med hänsyn till att antalet kursdeltagare endast beräknats till 20 synes det för kursläraren i Malmö beräknade timantalet kunna nedsättas till hälften (kurs gives endast varannan termin) och befattningen som amanuens vid kursen kunna undvaras.

Kursgivare: speciallärare 3 750 kronor

Allmän patologi. Undervisningen lämnas vid Norrlandssjukhusets patologiska laboratorium. Som kursgivare föreslås lasarettsläkaren å nämnda laboratorium. Till kursen böra anslås 60 föreläsningstimmar. Vidare skall varje elev fem gånger deltaga i obduktioner, vardera under cirka tre timmar. Om vid varje obduktion 10 elever samtidigt närvara, betyder detta med ett elevantal av 20 att läraren måste ägna 30 timmar åt obduktioner. Till tentamen i allmän patologi anslås för en kurs av 20 studerande 10 timmar.

Kursgivare: laboratorieöverläkaren
 60 föreläsningstimmar 2 100 kronor
 30 obduktionstimmar 1 050 »
 10 förhörstimmar 350 »
 3 500 »

Topografisk anatomi. Undervisning lämnas i anslutning till det prekliniska året eller under detsamma vid anatomisk institution vid medicinsk fakultet.

Kursgivare: professor i anatomi eller ersättare
 10 föreläsningar 350 kronor

Farmakologi. Undervisning lämnas vid farmakologisk institution vid medicinsk fakultet i anslutning till det prekliniska året eller under detsamma.

Kursgivare: professor i farmakologi eller ersättare
 32 föreläsningar 1 120 kronor
 10 förhörstimmar 350 »
 Amanuens en termin årligen 600 »
 2 070 »

Allmän kirurgi. Undervisningen lämnas vid allmänna kirurgiska kliniken på modersjukhuset.

Kursgivare: lasarettsläkare

30 föreläsningar	1 050 kronor
15 ronder, därav en timme av varje rond för demonstration	525 »
10 förhörstimmar	350 »
	1 925 »

Intern medicin. Undervisningen lämnas vid modersjukhusets internmedicinska klinik. Kursen omfattar 30 föreläsningar samt vidare tretimmars-ronder till ett antal av 14. (I motsats till vad som förutsatts vid malmöinstitutet synes någon särskild mottagningsavdelning å institutet för internmedicinska fall knappast nödvändig. Man kan härtill använda modersjukhusets internmedicinska avdelning med anslutna laboratorier.)

Kursgivare: lasarettsläkare på medicinska kliniken

30 föreläsningar	1 050 kronor
14 ronder å 3 timmar	1 470 »
10 förhörstimmar	350 »
	2 870 »

Bakteriologi. Undervisningen lämnas vid Norrlandssjukhusets bakteriologiska laboratorium.

Kursgivare: laboratorieöverläkaren

15 föreläsningar	525 kronor
handledning å laboratoriet	1 050 »
Förste amanuens (tandläkare)	4 032 »
	5 607 »

Öron-, näs- och halssjukdomar. Undervisningen lämnas å modersjukhusets öron-, näs- och halsklinik.

Kursgivare: överläkaren

6 föreläsningar	210 kronor
8 demonstrationstimmar	280 »
	490 »

Social odontologi. Undervisningen meddelas lämpligen av länets tandvårdsinspektör.

8 föreläsningar	280 kronor
kursförhör 1 timme	35 »
	315 »

Sammanställning av kostnaderna för lärarpersonal i ovan berörda ämnen av den propedeutiska och kliniska undervisningen:

Materiallära	3 750 kronor
Allmän patologi	3 500 »
Topografisk anatomi	350 »
Farmakologi	2 070 »
Allmän kirurgi	1 925 »
Intern medicin	2 870 »
Bakteriologi	5 607 »
Öron-, näs- och halssjukdomar	490 »
Social odontologi	315 »
	20 877 »

I övrigt har kommittén räknat med följande arvoden:

Arvodesbefattning som föreståndare och rektor (1 000 + 800)	1 800 kronor
Arvode till sekreterare	1 000 »

Några särskilda kostnader för handhavandet av telefonväxel samt klädinlämning ha icke upptagits, då kommittén räknat med att man härför bör kunna utnyttja lasarettets personal.

Enligt ovanstående beräkningar uppgå personalkostnaderna sammanlagt till $(594\,328 + 20\,877 + 1\,800 + 1\,000 =)$ 618 005 kronor.

Avlöningen till professorerna (84 240) bör utgå från särskilt statsanslag. Från samma anslag synes böra utgå arvode till rektor (800), sekreterare-arvode (1 000) samt arvoden till andra lärare än de i personalstaten angivna för den propedeutiska och kliniska undervisningen (20 877). Angivna kostnader uppgå sammanlagt till 106 917 kronor. Beträffande finansieringen av övriga kostnader återkommer kommittén i kap. 29.

Kap. 28. Kostnadsberäkningar för tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

A. Byggnadskostnader.

Om tandläkarutbildning för rimlig kostnad skall kunna anordnas anorstädes än vid tandläkarinstitut av sedvanlig typ kan man givetvis icke räkna med att inrätta alla de speciallokaler som förekomma vid ett modernt sådant institut. I stället får man inrikta sig på ett rationellt utnyttjande av förefintliga lokaler. Detta underlättas i hög grad om — som i förevarande fall — endast ett relativt ringa antal studerande deltaga i kurserna. Sålunda bör det knappast möta några svårigheter att exempelvis kurserna i bettanalys (omkring 30 dagar per år) och i materiellära (12 dagar per år) förläggas till laboratorielokalerna för kursen i protesfantom, som enligt tandläkarutbildningssakkunnigas planer skall pågå 135 dagar av två terminers sammanlagda tid, 180 dagar.

De åtaganden som Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott (se bil. V) gjort i fråga om tomtområde, panncentral, tvättanläggning, kök och matsalar etc. avse även tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning, varför kommitténs beräkningar endast omfatta byggnader för patientbehandling samt undervisning.

Liksom i fråga om tandvårdsanstalten har kommittén genom detaljerade ytberäkningar sökt få en uppfattning om vilka utrymmen som erfordras för en anstalt av ifrågavarande slag. Härvid ha givetvis erfarenheterna från stockholmsinstitutet liksom även planerna för malmöinstitutet utnyttjats, men ifrågavarande anstalt skiljer sig dock väsentligt från de båda nämnda instituten såväl i fråga om storlek som med hänsyn till anknytningen till den centrala tandvårdsanstalten. Av samma skäl som ifråga om sistnämnda anstalt har kommittén därför icke funnit anledning att i detalj redogöra för de gjorda beräkningarna.

I enlighet med dessa beräkningar har den erforderliga golvytan i anstaltens lokaler uppskattats till 1 875 m². Kommittén har från byggnadsstyrelsen inhämtat att man med denna utgångspunkt kan räkna med en byggnadskostnad av 1 403 500 kronor eller med tillägg för utvändiga arbeten i runt tal 1 500 000 kr.

Kommittén har härvid räknat med att ånga till steriliseringsrummen skall dragas från värmecentralen samt att ledningar för tryckluft skola dragas från en central kompressorsanläggning.

B. Inventarie- och utrustningskostnader.

Även i fråga om dessa kostnader ha tämligen ingående beräkningar verkställt av kommittén. Resultatet redovisas i följande uppställning.

Utrustningskostnader för tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

	Kronor	Kronor
I kliniksalar		
Röntgendiagnostiska avdelningen	18 000	
Tandkirurgiska avdelningen	87 000	
Avdelningarna för karieslära och proteslära	175 000	
Avdelningen för odontologisk ortopedi	42 000	
Barntandvårdsavdelningen	26 000	
Pulpakirurgiska avdelningen	35 000	
Allmän mottagning	12 000	
Kompressoranläggning	7 500	402 500
I laboratorielokaler		
Fantomkurser i karieslära och proteslära	50 000	
Kliniktjänstgöring i karies- och proteslära	30 000	
Odontologisk ortopedi	4 000	
Tandtekniskt laboratorium	8 000	
Laboratorielokaler för patologi, bakteriologi = sjukvårds- anstalten	—	
Djuravdelning d:o	—	92 000
För följande kurser.		
Kurs i materiallära	10 000	
Kurs i bettanalys och paradontoprotetik	10 000	
Kurs i tandhistopatologi	15 000	35 000
Möbler m. m.		
Diverse möbler	35 000	
Möbler och apparater etc. i aula och tre föreläsningssalar	35 000	
Utrustning för verkstadsrum med förråd	5 000	
Köksavdelning med matsalar = lasarettets	—	
Vissa föreläsningssalor, även å lasarettet	—	
Diverse undervisningsmateriel	30 000	105 000
S a m m a n f a t t n i n g .		
Utrustning i kliniksalar		402 500
» » laboratorielokaler		92 000
» för vissa kurser		35 000
Möbler och diverse utrustning		105 000
		634 500
Härtill kommer		
utrustning för forskningslaboratorium		50 000
» » tandteknikerskola		104 000
» » tandsköterskeskola		2 000
engångsanslag till ett mindre bibliotek		5 000
Summa för utrustning		795 500

Om sistnämnda belopp sammanlägges med den under A upptagna kostnaden för byggnader å 1 500 000 kronor, erhålles en total engångskostnad för ifrågavarande anstalt å 2 295 500 eller avrundat 2 295 000 kronor.

C. Driftskostnader.

De årliga *personalkostnaderna* för ifrågavarande anstalt ha i kap. 27 upptagits till 618 005 kronor.

Expenserna ha av kommittén ansetts kunna beräknas på följande sätt:

Kostnaderna för värme, vatten och elkraft ha summariskt beräknats (bl. a. med hänsyn till föreslagna lokalutrymmen) till sammanlagt 18 500 kronor. Telefonavgifterna ha beräknats till 1 500 kronor, städning till 12 000 kronor och tvättkostnaden till 4 000 kronor.

Underhåll och komplettering av inventarier har upptagits till 1 000, underhåll och komplettering av dental utrustning till 10 000 samt fastigheters underhåll till 4 500 kronor. Kommittén understryker att sistnämnda 3 belopp endast ha avseende å de första årens verksamhet då materialet ännu är oförslitet. En relativt kraftig ökning av ifrågavarande kostnader är sålunda att förvänta längre fram.

Som i kap. 27 angivits synes personalens avlöning till ett belopp av 106 917 kronor böra utgå på *särskilt anslag*. Från samma anslag torde lämpligen böra utanordnas vissa andra kostnader som stå i nära samband med anstaltens undervisnings- och forskningsutgifter. Här liksom vid tandvårdsanstalten torde ett årligt belopp om 2 000 kronor för inköp av facklitteratur till biblioteket bli erforderligt. Vidare har kommittén räknat med 5 000 kronor för undervisnings- och åskådningsmaterial och 10 000 kronor för förbrukningsartiklar i undervisningen (denna post avser ej förbrukningsmaterial för den i undervisningen meddelade tandvården). Slutligen upptages i enlighet med vad som anförts i prop. 253/1947 ett belopp å 24 000 kronor (1 200 kr pr elev) för anskaffning av instrument. De senast angivna 4 posterna uppgå till sammanlagt 41 000 kronor. Tillsammans med den ovan omnämnda personalkostnaden (106 917) skulle sålunda ifrågavarande särskilda statsanslag komma att uppgå till ett årligt belopp av 147 917 kronor. Härtill komma kostnader för tandtekniker- och tandsköterskeundervisningen enligt kap. 23.

Kommittén har icke räknat med någon kostnad för förbrukningsmaterial för den i undervisningen meddelade tandvården. Enligt departementschefens uttalande i prop. 253/1947 bör man nämligen räkna med att avgifterna för de patienter som erhålla tandvård av de studerande skola täcka ifrågavarande kostnad. Förbrukningsmaterial i tandvårdsanstaltens verksamhet har här liksom i kap. 23 beräknats till 106 250 kronor.

Då terminsavgifterna vid tandläkarinstituten fr. o. m. höstterminen 1947 provisoriskt borttagits har kommittén icke räknat med några dylika avgifter vid norrlandsanstalten.

De ovan lämnade uppgifterna redovisas i följande sammanställning.

Årliga kostnader för tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

<i>Kostnader med undantag för sådana som ej täckas av särskilt statsanslag för undervisning.</i>		Kronor	Kronor
Personal	511 088		
Värme, vatten och el. kraft	18 500		
Telefon	1 500		
Städning	12 000		
Tvätt	4 000		
Underhåll och komplettering av inventarier	1 000		
Underhåll och komplettering av dental utrustning	10 000		
Fastigheters underhåll	4 500	562 588	
 <i>Särskilt statsanslag för undervisning.</i>			
Personal	106 917		
Facklitteratur	2 000		
Undervisnings- och åskådningsmaterial	5 000		
Förbrukningsmaterial i undervisningen (ej i den i undervisningen meddelade tandvården)	10 000		
Inköp av instrument (1 200 kr pr elev)	24 000	147 917	
<i>Summa omkostnader</i>			710 505
 Härtill komma följande kostnader:			
Förbrukningsmaterial i tandvårdsanstaltens verksamhet	106 250		
Driftskostnader för tandteknikerskolan	57 548		
Stipendier vid samma skola ¹	9 000		
Driftskostnader för tandsköterskeskolan	15 500		
Stipendier vid samma skola ¹	10 500		

Summan av ovan angivna årliga kostnader å 710 505 kronor och kostnaderna för förbrukningsmaterial i tandvårdsanstaltens verksamhet å 106 250 kronor uppgå till 816 755 kronor. Härifrån böra avdragas beräknade patientintäkter å 340 000 kronor. Nettoutgifterna för tandvårdsanstalten komma härvid att utgöra 476 755 kronor.

En jämförelse mellan driftskostnadsstaten i kap. 23 och driftskostnadsstaten i förevarande kapitel (för en tandvårdsanstalt utan respektive med tandläkarutbildning) utvisar att utbildningsuppgiften medför en avsevärd merutgift. Personalstaten har sålunda ökat med 303 182 kronor (från 314 823 kronor till 618 005 kronor). Härtill kommer en väsentlig höjning

¹ På särskilt anslag.

av expenserna med 20 700 kronor (30 800 kronor resp. 51 500 kronor) samt ett nytt anslag för undervisning å (5 000 + 10 000 + 24 000 =) 39 000 kronor. Sammanlagda årliga merutgiften för tandläkarutbildningen skulle sålunda uppgå till 362 882 kronor eller omkring 18 000 kronor per årligen utexaminerad tandläkare. Någon motsvarande uppgift för malmöinstitutet kan för närvarande icke lämnas, då senare genomförda ändringar i studieplanen, inträffande prisstegringar etc. gjort de förefintliga kostnadsberäkningarna (i tandläkarutbildningssakkunnigas betänkande Del I S.O.U. 1946:12) föråldrade. I fråga om enbart personalkostnader föreligga emellertid färskare uppgifter för malmöinstitutets del (i tandläkarutbildningssakkunnigas betänkande Del III S.O.U. 1947:9). Enligt dessa beräkningar skulle personalkostnaderna vid malmöinstitutet inklusive rörligt tillägg och kristillägg uppgå till 1 058 408 kronor eller omkring 13 000 kronor per årligen utexaminerad tandläkare (80 stycken). Personalkostnaden för tandläkarundervisning vid norrlandsanstalten uppgår enligt vad nyss nämnts till 303 182 kronor eller omkring 15 000 kronor per årligen utexaminerad tandläkare. Här må dock anmärkas att norrlandsanstaltens personalkostnader räknats efter landstingens och statens nya lönebestämmelser, under det att beräkningen för malmöinstitutet icke torde ha tagit hänsyn till den ändring som genomfördes den 1 juli 1947. Då lönerna genom sistnämnda ändring höjdes avsevärt, synes skillnaden i personalkostnader per elev snarast komma att utfalla till norrlandsanstaltens fördel. Expenserna vid norrlandsanstalten torde med hänsyn till dess anknytning till sjukvårdsanstalterna på platsen och till landstingets åtaganden (i bil. V) i varje fall knappast kunna bli högre än vid malmöinstitutet. Då det icke finnes anledning antaga att övriga utgifter för undervisningen (för förbrukningsmaterial, anskaffning av instrument etc.) skulle ställa sig olika för malmöinstitutet och norrlandsanstalten och då personalkostnaderna intaga en dominerande plats i driftsstaten — för norrlandsanstalten 618 005 kronor av 710 505 kronor på hela staten synes man med hänsyn till det anförda kunna räkna med att driftskostnaderna per årligen utexaminerad tandläkare i varje fall icke skola bli högre vid norrlandsanstalten än vid malmöinstitutet.

Kap. 29. Administration och finansiering av tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

De i kap. 24 uppdragna riktlinjerna för *administrationen* av tandvårdsanstalten behöva knappast i högre grad påverkas av att till densamma förläggas viss utbildning av tandläkare. En helstatlig drift av anstalten i likhet med tandläkarinstitutet i Stockholm och Malmö synes knappast böra ifrågakomma då härigenom den administrativa ramen för Norrlands-sjukhuset skulle brytas. Kommittén har därför funnit lämpligast att i huvudsak bygga på de i kap. 24 angivna normerna.

Även om tandvårdsanstalten sålunda — sedan tandläkarutbildning förlagts dit — alltjämt skall drivas av landstinget torde det likväl vara uteslutet att direktionen för Norrlandssjukhuset skulle handhava även frågor rörande nämnda utbildning. Kommittén föreslår därför, att dylika frågor handhavas av ett lärarkollegium bestående av föreståndarna för tandvårdsanstaltens samtliga avdelningar samt att detta lärarkollegium administrativt ställes under universitetskanslersämbetet. Även frågor rörande forskning samt rörande undervisningen vid tandsköterske- och tandteknikerskolorna torde, om tandläkarutbildning förläggas till anstalten, böra ankomma på lärarkollegiet.

Föreståndaren för anstalten bör tillika vara rektor.

Tillsättningen av lärare synes så nära som möjligt böra ansluta sig till vad som härvidlag gäller vid tandläkarinstitutet. Professorerna böra sålunda tillsättas av Konungen på förslag av lärarkollegiet. Förutom universitetskanslern bör i förevarande fall, då lärarna samtidigt äro tjänstemän vid tandvårdsanstalten, även landstinget (sjukvårdsberedningen) yttra sig över förslaget. Avdelningstandläkarna torde böra tillsättas i motsvarande ordning. Visserligen tillsättas liknande befattningar vid instituten av kanslern. Enligt vad som föreslagits i kap. 24 torde emellertid avdelningstandläkarna vid tandvårdsanstalten i likhet med vad som gäller för centraltandpoliklinikföreståndare böra tillsättas av Konungen, och detsamma synes då böra gälla om tandläkarutbildning bedrives vid anstalten. Assistenttandläkarna synas här som vid instituten böra tillsättas av kanslern på förslag av lärarkollegiet, med iakttagande av att även i detta fall yttrande av landstingets sjukvårdsberedning bör inhämtas.

En tillämpning av de i kap. 24 angivna normerna för *finansieringen* av tandvårdsanstalten på förevarande fall innebär att anstalten även då tandläkarutbildning bedrivs där skall byggas och utrustas av staten och drivas i landstingets regi med stöd av ett statsbidrag som i princip motsvarar nettokostnaderna för driften. I fråga om såväl anläggnings- som driftskostnader bör landstinget även här svara för ett belopp motsvarande dess kostnader för inrättande och drift av sådana anstalter i folktandvården som onödiggöras genom inrättandet av tandvårdsanstalten.

Enligt beräkningen i kap. 28 uppgå *byggnads- och utrustningskostnaderna* i förevarande fall till omkring 2 295 000 kronor. Härav har Västerbottens läns landsting förbundit sig att erlægga en summa motsvarande beräknad avlastning av landstingets lokal- och utrustningskostnad för centraltandpoliklinik (130 000 kronor) samt för 3½ distriktstandläkare för vuxna (180 000 kronor) och 2 distriktstandläkare för barn (102 000 kronor). Kommittén har intet att erinra mot angivna belopp. Emellertid har kommittén vid senare överväganden stannat för att barntandvården vid anstalten endast bör bedrivas i en omfattning, som motsvarar en tandläkares verksamhet. Landstingets engångsbidrag för ifrågavarande tandvårdsanstalt — med tandläkarutbildning — skulle i enlighet med det anförda uppgå till omkring (130 000+180 000+51 000 =) 361 000 kronor och statens engångsbidrag sålunda till omkring 1 934 000 kronor.

Kostnaderna för *driften* av anstalten, med undantag av kostnaderna för förbrukningsmaterial i tandvårdsanstaltens verksamhet samt kostnaderna för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna, ha i kap. 28 beräknats till 710 505 kronor. Härav har ett belopp av 147 917 kronor, motsvarande professorernas löner samt arvoden till rektor, sekreterare och vissa timlärare liksom kostnaderna för undervisnings- och visst förbrukningsmaterial ävensom för facklitteratur och inköp av instrument till eleverna förts på särskilt anslag. Från återstående belopp 562 588 kronor skall dragas landstingets bidrag för avlastning av driftskostnaden för centraltandvårdspoliklinik samt för poliklinik för 3½ tandläkare för vuxna och 1 tandläkare för barn. Landstinget har erbjudit sig att gälda sammanlagt 29 000 kronor om tandvårdsanstalten ansvarar för tandvård, motsvarande centraltandpoliklinik och distriktandpoliklinik för 3½ tandläkare för vuxna, vilket belopp icke föranlett någon kommitténs erinran (jfr kap. 24). I fråga om barntandvården har landstinget, som härvidlag icke torde ha någon egen erfarenhet att bygga på, beräknat nettoutgifterna till 8 000 kronor per tandläkare. Kommittén — som satts i tillfälle att ta del av folktandvårdssakkunnigas pågående undersökningar på förevarande område — har för sin del kommit till uppfattningen att sist angivna siffra är alltför lågt räknad. Man torde sålunda i fråga om denna post — med hänsyn jämväl till att tandvårdsanstalten i viss utsträckning skall handhava även tandvård för barn i förskolåldern — snarast böra räkna med det dubbla beloppet eller

omkring 16 000 kronor per tandläkare. Landstingets avlastningsbidrag skulle med hänsyn till det anförda belöpa sig till ($29\ 000 + 16\ 000 =$) 45 000 kronor och statens preliminära driftsbidrag till ($562\ 588 - 45\ 000 =$) 517 588 kronor. Landstinget bör svara för belopp varmed driftskostnaderna på ifrågavarande anslag — med undantag för kostnaderna för förbrukningsmaterial i tandvårdsanstaltens verksamhet — kan komma att överstiga 562 588 kronor. Landstinget har som ovan angivits i princip påtagit sig ansvar för överstigande belopp. Genom patientintäkter kan — sedan kostnaderna för förbrukningsmaterial avdragits — med stöd av i kap. 24 lämnade uppgifter beräknas inflyta ($340\ 000 - 106\ 250 =$) 233 750 kronor. Kommittén räknar nämligen med att det i kap. 24 föreslagna avräkningsförfarandet även i detta fall skall tillämpas och att såväl patientintäkter som förbrukningsmateriel är av samma storleksordning som vid en tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning. *Statsbidraget* för driften skulle enligt det anförda belöpa sig till ($517\ 588 - 233\ 750 =$) 283 838 kronor. Härtill kommer det särskilda anslaget för undervisningsändamål med 147 917 kronor samt 73 048 till tandtekniker- och tandsköterskeskolorna ävensom 19 500 till stipendier vid nämnda skolor.

Även i andra avseenden än som ovan angivits bör vad som anförts i kap. 24 i tillämpliga delar gälla även för en tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

Den byggnadskommitté, som i Del I förutsatts skola få hand om förberedande åtgärder med avseende å där föreslagna sjukvårdsanstalt, torde — efter komplettering med erforderlig sakkunskap på tandvårdens och tandläkarutbildningens områden — även kunna anförtros motsvarande uppgifter såvitt gäller den i Del II föreslagna anstalten.

Kap. 30. Sammanfattning av Del II och hemställan.

Del II som avhandlar tandvården i Norrland har indelats i tre avdelningar. Den första avdelningen, avdelning A, är av mer allmän karaktär och innefattar en redogörelse för tandförhållanden och tandvårdsförhållanden i Norrland samt allmänna synpunkter på tandvården i Norrland. Avdelning B innefattar konkreta förslag rörande inrättande av en central tandvårdsanstalt i Norrland och avdelning C likaledes konkreta förslag rörande anordnande av tandläkarutbildning vid nämnda anstalt.

Avdelning A (kap. 17—19). Som ett led i den översyn av aktuella hälso- och sjukvårdsförhållanden i Norrland som kommittén företagit har även verkställts en rundfråga till samtliga tjänsteläkare i Norrland rörande aktuella hälsovårdsproblem inom distrikten. Det har därvid visat sig att tandfrågan rönt den ojämförligt största uppmärksamheten. Provinsialläkarna — framförallt i övre Norrland — ha givit en bild av befolkningens *tandförhållanden* som kan betecknas som skrämmande. En genomgång av förefintliga utredningar, som beröra tandförhållandena i Norrland, har bekräftat dessa uttalanden (kap. 17).

Anledningen till de dåliga tandförhållandena i Norrland har i första hand angivits vara bristande möjligheter att erhålla tandvård och främst bristen på tandläkare. Kommittén lämnar i kap. 18 en redovisning för de *förefintliga tandvårdsmöjligheterna* i Norrland. Därav framgår att de fyra nordligaste länen i genomsnitt endast ha hälften så många tandläkare per invånare som övriga delar av landet. Även bristen på tandtekniker och tandsköterskor är framträdande i Norrland.

En i samma kapitel lämnad redovisning av tandläkarnas placeringssorter visar att *fördelningen av tandläkarna* i Norrland är ojämn. Mycket stora områden sakna tandläkare. I svaren på förenämnda rundfråga har även från flera håll framhållits att avståndet från provinsialläkarens stationeringsort till närmaste tandläkare är 10—15 mil.

Den omständigheten att Norrland icke utövar samma dragningskraft på privatpraktiserande tandläkare som de södra delarna av landet, liksom den ojämn fördelningen i Norrland av nämnda tandläkare medför att befolk-

ningen där i helt annan utsträckning än i övriga delar av landet är *beroende av att den allmänna tandvården utbygges*. Detta gäller även i fråga om specialisttandvården, som bland de privatpraktiserande tandläkarna i Norrland har ytterst få företrädare. Det anförda utgör utgångspunkt för de förslag som kommittén framlägger i avdelning B rörande inrättande av en till folktandvårdsorganisationen ansluten central tandvårdsanstalt i Norrland och i avdelning C rörande anordnande av tandläkarutbildning vid nämnda anstalt.

Vid fastställande av planerna för folktandvårdens utbyggnad torde myndigheterna enligt gällande bestämmelser icke kunna taga någon hänsyn till det större eller mindre antalet förefintliga privatpraktiserande tandläkare. Detta finner kommittén oriktigt. I sådana områden där privatpraktiserande tandläkare saknas eller äro relativt sett fåtaliga synes en *härav betingad ökning av antalet tandläkare* inom folktandvården böra ske. En sådan tillämpning skulle bli av särskild betydelse för Norrland.

Avdelning B (kap. 20—24) innefattar som ovan angivits kommitténs motivering och förslag rörande inrättande av en central tandvårdsanstalt i Norrland i anslutning till den i Del I föreslagna centrala sjukvårdsanstalten. Inledningsvis lämnas i kap. 20 en redogörelse för den specialisttandvård, som inom folktandvårdsorganisationen handhaves av *centraltandpoliklinikerna*. Kommittén pekar på den mångfald av uppgifter som för närvarande åvilar poliklinikernas föreståndare och som omöjliggör för dem att i större utsträckning syssla med specialisttandvård. Kommittén framhåller även, att en person knappast kan besitta erforderlig kompetens för att fungera som specialist på samtliga de områden av tandvården, som ifrågakomma till specialistvård. Angivna omständigheter ha bidragit till att tandläkarna ingenstädes i landet mera allmänt torde remittera patienter till centraltandpoliklinikerna.

I samma kapitel redovisas en av kommittén verkställd utredning rörande behovet av *en differentierad remissanstalt för specialisttandvård i Norrland*. De i utredningen deltagande tandläkarna ha i genomsnitt önskat remittera 3,2 patienter under en månad för specialistvård. Härefter ha då icke inräknats de vanligaste fallen av specialisttandvård, nämligen tandregleringsfallen. En undersökning bland barnen i avgångsklasserna i vissa folkskolor har utvisat att 18 % varit i behov av remiss för tandreglering. I denna siffra ha då icke medräknats barn som tidigare erhållit tandreglering. Kommittén framhåller att det vid en rationalisering av specialisttandvården givetvis ligger närmast till hands att tänka sig en utbyggnad av centraltandpoliklinikerna, varigenom dessa tillfördes kvalificerade specialister inom olika områden av odontologien. Detta är emellertid en dyrbar och genomgripande reform, som knappast torde böra företagas innan man genom försöksverksamhet i en eller annan form fått större klarhet om det

verkliga behovet av specialisttandvård inom olika områden. Den nuvarande bristen på specialutbildade tandläkare lägger dessutom hinder i vägen för en dylik utbyggnad inom överskådlig tid. I detta läge — då en allmän utbyggnad av centraltandpoliklinikorganisationen med hänsyn till bristen på specialutbildade tandläkare och ovissheten om behovets storlek varken kan eller bör genomföras — har kommittén funnit lämpligt att i första hand en centraltandpoliklinik utbygges för angivna ändamål. Ett särskilt gynnsamt tillfälle härtill erbjödes i anslutning till kommitténs förslag om inrättande av en specialistanstalt på sjukvårdens område i Norrland. Kommittén föreslår på angivna grunder att en central tandvårdsanstalt inrättas i anslutning till den i Del I föreslagna centrala sjukvårdsanstalten.

Anstalten bör samtidigt tillgodose behovet av *centraltandpoliklinik* och *distriktstandpoliklinik* för förläggningssorten samt även i viss utsträckning utgöra en *försöksinstitution* för den framtida organisationen av specialistvården inom folktandvården. Den synes med hänsyn härtill böra inordnas som ett led i nämnda organisation.

Kommittén har räknat med att distriktstandvården skall fungera som *regulator av patienttillströmningen*. Efter hand som remissverksamheten ökas skulle sålunda distriktsvården vid anstalten avkopplas genom inrättande av respektive utökning av sedvanliga distriktstandpolikliniker i förläggningssorten.

Förläggningssorten bör ha ett tillräckligt stort lokalt *befolkningsunderlag* för att skapa sysselsättning för det antal tandläkare som genom tandvårdsanstalten skulle tillföras orten. Kommittén har härvidlag gjort en utredning som utvisar att samtliga de tre närmast ifrågasatta förläggningssorterna Umeå, Sundsvall och Sollefteå äro godtagbara ur angivna synpunkt.

Anstalten föreslås *organiserad på fem kliniker*, en tandfyllningsklinik, en protesklinik, en tandregleringsklinik, en tandkirurgisk klinik och en röntgenklinik.

Kommittén föreslår i kap. 21 med hänvisning till verkställda utredningar, att en *tandteknikerskola* och en *tandsköterskeskola* med en examinationskapacitet av för tandteknikerskolan 20 elever per år och för tandsköterskeskolan 40 elever per år förlägges i anslutning till tandvårdsanstalten. Utbildningen bör självfallet följa av riksdagen godtagna riktlinjer. Beträffande administrationen av skolorna har kommittén räknat med att den gemensamma direktionen för Norrlandssjukhuset och dess modersjukhus skall — så länge tandläkarutbildning icke bedrivs vid tandvårdsanstalten — kunna fungera som styrelse för ifrågavarande skolor. Finansieringen av skolorna synes böra ske enligt samma grunder som för motsvarande skolor i Göteborg.

Kommittén föreslår i samma kapitel att även *fortbildningskurser för tandläkare* förläggas till anstalten. Vissa av tandläkartjänsterna vid an-

stalten böra betraktas som *utbildningsplatser* och i första hand reserveras för distriktstandläkare i Norrland.

Norrland erbjuder ur flera synpunkter särskilt gynnsamma förutsättningar för odontologisk *forskning*. Genom remissförfarandet kommer ett ur vetenskaplig synpunkt värdefullt material att tillföras anstalten. Vid denna erbjudes även möjlighet till samarbete med kvalificerade vetenskapsmän inom olika områden. Kommittén föreslår med hänsyn till det anförda (kap. 21), att en forskningsinstitution inrättas vid anstalten. Medel till forskningens bedrivande böra ställas till förfogande efter gemensam prövning av behovet vid samtliga de anstalter i hela landet som kunna ifrågakomma. Vid kostnadsberäkningarna i förevarande betänkande har kommittén därför endast räknat med kostnader för lokaler och utrustning av ett forskningslaboratorium.

Personalstaten vid anstalten (kap. 22) upptager 36 personer, därav 13 tandläkare. De fyra övertandläkarna ha föreslagits skola placeras i den statliga lönegraden Ca 33, d. v. s. samma som gäller för professorerna vid tandläkarinstituten. Kommittén har nämligen ansett angeläget att ifrågavarande tjänster besättas med väl kvalificerade specialister.

Byggnaderna böra planeras på sådant sätt att anstalten bekvämt kan utbyggas för tandläkarutbildning, därest dylik utbildning icke från verksamhetens början skulle komma att förläggas till anstalten.

Byggnadskostnaderna (kap. 23) ha beräknats till omkring 700 000 kronor och kostnaderna för *utrustning och inventarier* till omkring 328 000 kronor. Bruttokostnaderna för *driften* uppgå till omkring 347 000 kronor, utom förbrukningsmateriel i tandvården som uppskattats till omkring 106 000 kronor. Patientintäkterna ha beräknats till omkring 340 000 kronor. Nettokostnaden för driften har med dessa utgångspunkter uppskattats till — i avrundat belopp — 115 000 kronor. För tandteknikerskolan tillkomma utrustningskostnader med 104 000 kronor, driftskostnader med omkring 57 000 kronor och stipendiekostnader med omkring 9 000 kronor samt för tandsköterskeskolan utrustningskostnader med omkring 2 000 kronor, driftskostnader med omkring 15 000 kronor och stipendiekostnader med omkring 11 000 kronor.

Kommittén anser, att starka skäl tala för att specialklinikerna på tandvårdsanstalten i *administrativt* avseende likställas med Norrlandssjukhusets övriga kliniker (kap. 24). I enlighet härmed bör tandvårdsanstalten ingå som en del av Norrlandssjukhuset och tillsammans med sjukvårdsanstalten och dess modersjukhus — under en efter särskilda bestämmelser sammansatt gemensam direktion — förvaltas av modersjukhusets landsting. Inom Norrlandssjukhuset torde dock de olika klinikerna på tandvårdens område böra i viss mån betraktas som en sluten enhet — en tandvårdsanstalt under egen föreståndare och med efter särskilda bestämmelser beräknat statsbidrag. Verksamheten vid anstalten synes som tidigare fram-

hållits böra inordnas i folktandvårdsorganisationen och sålunda stå under medicinalstyrelsens överinseende på samma sätt som andra anstalter inom folktandvården. I fråga om administrationen i övrigt komma med angivna utgångspunkter de i betänkanDET rörande sjukvårdsanstalten uppdragna riktlinjerna att bli normgivande även för tandvårdsanstalten.

I fråga om *finansieringen* (kap. 24) föreslår kommittén, att staten här liksom ifråga om sjukvårdsanstalten påtager sig huvudparten av kostnaderna. Även i övrigt torde de i Del I kap. 15 rörande sjukvårdsanstalten uppdragna linjerna i huvudsak kunna följas. Huvudmannen-landstinget bör sålunda svara för ett belopp motsvarande kostnaden för sådana folktandvårdsanstalter, som onödiggjorts genom den ifrågavarande anstaltens inrättande. Då skyldighet alltjämt skall bestå för de övriga landstingen inom upptagningsområdet att inrätta centraltandpoliklinik, synes något bidrag från dessa senare landsting icke böra ifrågasättas.

Västerbottens läns landsting har här liksom ifråga om sjukvårdsanstalten lämnat vissa ekonomiska utfästelser. Beträffande byggnads- och utrustningskostnaderna har landstinget sålunda förbundit sig att erlægga sammanlagt 310 000 kronor. Då hela byggnads- och utrustningskostnaderna beräknats uppgå till 1 028 000 kronor skulle *statsverkets engångskostnader* för anstalten uppgå till 718 000 kronor.

Statens medverkan till driften bör, liksom ifråga om sjukvårdsanstalten, lämnas i form av ett fast *statsbidrag* till landstinget, som i egenskap av huvudman skulle ansvara för eventuellt underskott. Statsbidraget synes böra motsvara de beräknade nettoutgifterna för driften, 115 000 kronor, även här med avdrag av det belopp varmed landstingets utgifter för folktandvården kunna tänkas bli minskade genom ifrågavarande anstalt. Sistnämnda belopp har av kommittén, enligt erbjudande av landstinget, preliminärt upptagits till 29 000 kronor. Statsbidraget skulle sålunda — med undantag för driften av tandtekniker- och tandsköterskeskolorna — uppgå till 86 000 kronor per år. Ett *avräkningsförfarande* bör årligen verkställas i efterhand med hänsyn till de verkliga patientintäkterna resp. kostnaderna för förbrukningsmaterial.

Då man knappast vid en huvudsakligen med statliga medel finansierad anstalt sådan som den ifrågavarande kan överlåta åt landstinget-huvudmannen att bestämma patienternas avgifter, synes en särskild *taxa* för behandling vid anstalten av tandskador av mera svårartad beskaffenhet böra utarbetas. Ersättning bör utgå för obemedlades och mindre bemedlades *resor* till anstalten. Förevarande frågor torde ankomma på folktandvårdssakkunniga.

Avdelning C (kap. 25—29) innefattar kommitténs förslag rörande anordnande av *tandläkarutbildning* vid den i Avd. B föreslagna tandvårdsanstalten.

Kommittén erinrar om att statsmakterna räknat med ett stadigvarande *utbildningsbehov* för hela riket av 200 tandläkare om året. För närvarande är utbildningen fördelad endast på två institut, ett i Stockholm med 120 elever och ett i Malmö med 80 elever på varje kurs. Med hänsyn till utbildningens effektivitet anses tämligen allmänt även sistnämnda elevantal alltför stort. Avsikten har också varit att vid tillkomsten av nya institut (riksdagen har redan beslutat att ytterligare ett skall inrättas) minska examinationskapaciteten vid anstalterna i Stockholm och Malmö till högst 80 respektive 60 elever. Som placeringsorter för ytterligare institut, vilka alltså sammanlagt skulle ha en examinationskapacitet av minst 60 tandläkare per år ha diskuterats Göteborg och mera preliminärt — *någon ort i Norrland*. Att Norrland icke mera ingående diskuterats torde i första hand bero på avsaknaden av medicinsk fakultet. Man har även gjort gällande att ett tandläkarinstitut med hänsyn till det för undervisningen erforderliga patientunderlaget måste vara beläget i en storstad. Beträffande den förstnämnda svårigheten hänvisar kommittén till att ett intimt samarbete kan etableras med den i Del I föreslagna sjukvårdsanstalten, vilket torde kunna ersätta förekomsten av medicinsk fakultet. I fråga om patientunderlaget anser sig kommittén efter företagen utredning (kap. 25) kunna utgå från att såväl Umeå som Sundsvall ha tillräckligt patientunderlag för en examinationskapacitet sådan som den här närmast åsyftade.

Kommittén anser att man med säkerhet kan räkna med att tandläkarutbildning i Norrland skulle icke blott öka antalet tandläkare utan även — på ett för Norrland fördelaktigt sätt — påverka *fördelningen av tandläkarna i landet*. Ur utbildningssynpunkt är som ovan angivits mindre anstalter att föredraga framför större. En ytterligare och väsentlig fördel med tandläkarutbildning vid ifrågavarande anstalt är att ungdomar i Norrland skulle erhålla möjlighet att i viss utsträckning fullfölja *högre utbildning inom landsdelens egna gränser*. Slutligen synes en fördelning av utbildningen på ett flertal mindre anstalter i viss utsträckning medgiva en smidigare anpassning efter det skiftande behovet av tandläkare. Med hänsyn till det anförda och till vad som anförts under Avdelning A rörande behovet av tandläkare i Norrland och då kommittén vidare funnit att tandläkarutbildning vid den ifrågavarande tandvårdsanstalten icke torde ställa sig dyrbarare per årligen examinerad tandläkare än vid det nyinrättade malmöinstitutet, föreslår kommittén, att tandläkareutbildning med en omfattning av 20 examinerade tandläkare per år anordnas vid anstalten (kap. 25).

För undervisningen vid anstalten skall givetvis gälla den för tandläkarutbildningen fastställda *studieplanen* (kap. 26). Lärarna vid anstalten, som i allmänhet böra ha heltidstjänstgöring, skola ombesörja såväl undervisningen som tandvården vid anstalten. Det första, prekliniska studieåret skulle lämpligen förläggas till medicinsk fakultet i Stockholm eller

Uppsala. I övrigt erfordras endast några mindre betydelsefulla ändringar i studieplanen. Kommittén påvisar, att eleverna vid norrlandsanstalten skulle beredas tillfälle att närvara vid behandlingen av de ur undervisnings-synpunkt värdefulla remissfallen.

Personalstaten (kap. 27) upptager 71 personer, därav 26 tandläkare (5 professorer). Personalkostnaderna uppgå till sammanlagt omkring 618 000 kronor.

Byggnadskostnaderna (kap. 28) ha beräknats till omkring 1 500 000 kronor, *utrustningskostnaderna* till omkring 795 000 kronor och netto-kostnaderna för *driften* till omkring 477 000 kronor. Härtill komma kostnader enligt ovan för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna.

Riktlinjerna för *administrationen* och finansieringen av anstalten behöva icke i högre grad påverkas av att till densamma förlägges utbildning av tandläkare (kap. 29). Frågor rörande tandläkarutbildningen synas emellertid böra handhavas av ett lärarkollegium bestående av föreståndarna för tandvårdsanstaltens samtliga avdelningar. Även frågor rörande forskning samt rörande undervisningen vid tandtekniker- och tandsköterskeskolorna torde i förevarande fall böra handläggas av lärarkollegiet. Detta bör administrativt ställas under universitetskanslersämbetet.

I fråga om *finansieringen* inträder i princip ingen annan skillnad från vad som anförts under Avd. B än att de utgifter som direkt sammanhånga med undervisningen föras på ett särskilt anslag. Av byggnads- och utrustningskostnaderna, 2 295 000 kronor, bör Västerbottens läns landsting enligt utfästelse erlægga 361 000 kronor. Statens engångskostnad för anläggningen skulle sålunda uppgå till 1 934 000 kronor. Statens bidrag till driften skulle, sedan från ovannämnda nettokostnader för driften dragits av landstinget erbjudet bidrag (45 000 kronor), uppgå till 432 000 kronor. Härtill komma ovan angivna driftskostnader för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna.

Hemställan.

Med hänvisning till vad som sålunda anförts får norrlandskommittén hemställa att Kungl. Maj:t måtte föreslå 1948 års riksdag

dels att fatta principbeslut om inrättande — i samband med den i Del I av detta betänkande föreslagna sjukvårdsanstalten — av en central tandvårdsanstalt i Norrland med den utformning och de uppgifter som angivits i det föregående,

dels att besluta om anordnande av tandläkarutbildning vid nämnda anstalt i huvudsaklig överensstämmelse med ovan angivna förslag.

dels ock att anvisa medel för utarbetande av ritningar och arbetsbeskrivningar samt övriga förberedande åtgärder för igångsättande av byggnadsarbeten m. m. för den åsyftade anstalten.

Särskilda yttranden¹

1) av hrr *Lövgren, Mäler, Pålsson, Sten, Strindlund och Tjällgren*:

Vid överbägande av frågan om förläggningssorten för de föreslagna anstalterna ha vi funnit att Sollefteå, framförallt med hänsyn till sin överlägsenhet ur kommunikationssynpunkt, bör givas försteg framför de övriga ifrågasatta städerna. I betänkandet har man — bl. a. vid prövning av det lokala befolkningsunderlaget för en tandvårdsanstalt — utgått från invånarantalet inom en 2-mils räjong. Med de utmärkta lokala kommunikationsmöjligheterna i Sollefteå — vilka icke redovisats i kommitténs utredning, men vilka äro väl kända — har emellertid en stor del av befolkningen även utanför 2-mils räjongen möjlighet att utnyttja institutionerna i staden, måhända lika väl som exempelvis befolkningen i en förstad till huvudstaden kan utnyttja institutioner inom denna. I fråga om kravet på ett fullt utbyggt »modersjukhus» finnes ingen anledning förmoda annat än att Västernorrlands läns landsting vid närmare utformning av föreliggande utbyggnadsplaner för lasarettet i Sollefteå har möjlighet att tillgodose detta krav.

Vi äro fullt ense med kommitténs majoritet om att man inom överskådlig tid icke kan räkna med att erhålla mer än en fullt utbyggd riksinstitution av ifrågavarande slag i Norrland. Desto angelägnare anse vi det vara att denna institution får ett läge som kan godtagas såväl av befolkningen i övre Norrland som i övriga delar av Norrland. Förutsättningar att fylla dessa krav har — enligt vår åsikt — av de ifrågasatta förläggningssorterna endast Sollefteå. Härmed är emellertid icke sagt att icke — såsom även förutsatts i betänkandet — en senare utbyggnad med någon eller några specialkliniker vid annat lasarett, exempelvis i övre Norrland, kan visa sig påkallad.

Vi finna det stå bäst i överensstämmelse med strävandena att befordra utvecklingen i Norrland, att olika institutioner lokalt fördelas på sådant sätt, att icke en del områden bli eftersatta. Även ur denna synpunkt anse vi det icke finnas anledning att till Umeå — som tidigare gynnats genom förläggning dit av betydelsefulla riksinstitutioner — också förlägga det nu ifrågavarande sjukhuset.

Även om vi finna de skäl som ovan anförts för att förlägga rikssjukhuset till Sollefteå mycket vägande, äro vi likväl angelägna understryka att frågan om placeringen av sjukhuset icke bör få tillerkännas sådan betydelse att genomförandet av kommitténs förevarande förslag därigenom kan vderläggas.

¹ Majoriteten utgöres av kommitténs ordförande samt ledamöterna Andersson, Collin, Degerstedt, Enström, Fjellström, Granström, Hedlund, Holmbäck, Johansson, Jonsson, Kempe, Nyström, Sandberg, Tillander, Wigren, Westerlund och Åman.

2) av herr *Velander*:

I sitt föreliggande betänkande har norrlandskommittén anförts, hurusom i Stockholm, Göteborg och Malmö, vilka städer utgjorde naturliga centra för befolkningen långt utöver länsgränserna, ett stort antal riksinstitutioner på bl. a. sjuk- och tandvårdens områden vuxit fram, men att i Norrland på grund av avsaknaden av dylika naturliga befolkningscentra samt genom glesbebyggelsen och de stora avstånden betingelserna för tillkomsten av riksinstitutioner av ifrågavarande slag i hög grad försvårats. Från sålunda antydda och jämväl andra utgångspunkter har kommittén upptagit frågan om inrättande i Norrland av vissa medicinska institutioner till prövning och därvid funnit, att ett antal specialkliniker för sjuk- och tandvård samt vissa forsknings- och undervisningsinstitutioner böra inrättas i Norrland och sammanföras till ett rikssjukhus — norrlandssjukhuset — med enligt kommittémajoritetens mening Umeå som förläggningsort.

För den specialistvård, som genom de föreslagna klinikerna skulle beredas Norrlands befolkning, är denna för närvarande hänvisad uteslutande till de i Stockholm belägna sjukvårdsanstalterna, främst de statliga anstalterna Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. Då enligt kommitténs mening stockholmsanstalterna icke med nu förefintliga resurser kunna tillgodose behovet för Norrland i förevarande hänseende, har det spörsmålet trätt i förgrunden, huruvida detta behov borde tillgodoses genom utbyggnad av stockholmsklinikerna eller genom att inrätta nya kliniker i Norrland. Vid sitt ställningstagande därutinnan har kommittén, såsom redan antytts, stannat för det senare alternativet. Skälet härför har av kommittén angivits i huvudsak vara, att en utbyggnad av stockholmsklinikerna skulle för Norrlands del innebära »att alla de nackdelar, som sammanhånga med det mycket stora avståndet emellan hemorten och sjukhuset (för övre Norrland omkring 1 000 km) skulle kvarstå». Kommittén erinrar i sådant sammanhang om de långa resor, som skola företagas av ofta svårt sjuka patienter, och om kostnaderna för dessa resor, vilka efter sjukförsäkringens genomförande skola bestridas av statsverket, ävensom därom att en sjukvårdsinstitution — om den skall helt fullfölja sitt syfte — måste uppehålla en intim kontakt med verksamhetsområdet.

Mot vad av kommittén i den sålunda antydda motiveringen anförts har jag i princip intet att erinra. Jag delar också kommitténs uppfattning, att en fortsatt centralisering till Stockholm på förevarande område — och måhända i allmänhet — bör så långt möjligt undvikas. En viss tveksamhet inställer sig emellertid å min sida redan inför det sätt, varpå kommittén fullföljt det av densamma förordade alternativet: inrättande av nya kliniker i Norrland, då detta resulterar i ett sammanförande av dessa till en enda anstalt resp. plats. Därmed eliminerar man nämligen icke de nack-

delar, som på grund av de stora avstånden emellan hemorten och sjukhuset äro att räkna med vid en utbyggnad av stockholmsklinikerna för tillgodoseende av jämväl Norrlands behov av specialistvård på sjukvårdens område. Visserligen bleve med förläggning av de nya klinikerna till en enda plats inom Norrland, exempelvis Umeå, avstånden rent geografiskt sett något kortare än vid en utvidgning av stockholmsklinikerna. Men det är väl icke avstånden i och för sig, som böra tillskrivas avgörande betydelse. Huvudvikten måste i stället läggas därpå, huruvida dessa något mindre avstånd kunna tillryggaläggas på kortare tid än en resa från hemorten till Stockholm, huruvida resan kan ske på ett bekvämt sätt och sålunda utan tågomyten och väntetider, huruvida besöken å förläggningssorten kunna i och för sig erbjuda intresse etc. Betraktar man spørsmålet ur sådana synpunkter, kan kommitténs huvudsakliga skäl för dess nu framlagda förslag icke anses bärande. Det kräves nämligen knappast någon undersökning för att konstatera att med de möjligheter i kommunikationshänseende, som nu och sannolikt för överskådlig tid äro att räkna med, från många platser eller orter inom de fyra nordligaste länen en resa till Umeå ställer sig mera tidsödande och besvärlig än en resa till exempelvis Stockholm. Detta förhållande förtjänar att än starkare framhåvas, därest till norrlandssjukhusets upptagningsområde bör hänföras även Gävleborgs län eller del därav. Ett understrykande härav är desto mer påkallat, som åtminstone jag för min del måste ställa mig något frågande inför den av kommittén förordade begränsningen av upptagningsområdet. Räknar man med, såsom kommittén synes utgå ifrån, att anstalter av rikssjukhustyp komma att finnas en i Skåne, en i Göteborg, två i Stockholm och en i Norrland, tillhoppa fem, får man vid en mera jämn fördelning av landets innevånare på resp. anstalter ett medeltal av 1 400 000. Kommittén har för norrlandssjukhuset räknat med en befolkningssiffra av 880 000 eller, om Gävleborgs län medräknas 1 035 000. Frågan om den ställning, Gävleborgs län bör intaga i förevarande sammanhang, får därför icke betraktas såsom självklar. Jag återkommer emellertid därtill i senare sammanhang.

Ur synpunkter, som ovan antytts, anser jag mig icke kunna utan vidare godtaga kommitténs ståndpunkt om inrättande av *ett* rikssjukhus för Norrland. En förläggning av detta till den södra delen av det avsedda upptagningsområdet torde näppeligen komma att mera allmänt godtagas av befolkningen i Västerbottens och Norrbottens län. En förläggning därav till Umeå eller eventuellt någon norr därom belägen plats kommer icke att vinna något stöd av den allmänna opinionen inom södra delen av upptagningsområdet. Det kan icke heller framstå såsom på något sätt tillfredsställande, att exempelvis de, som äro bosatta inom denna senare del av upptagningsområdet och icke finna det rimligt, att de vid en rikssjukhusförläggning till Umeå skola för vinnande av nödig vård företaga en mera tidsödande och besvärlig resa än vårdbehovets tillgodoseende i Stockholm

skulle medföra, skola tvingas att resa till Umeå. Befolkningen i Norrland reser över huvud taget ogärna norröver; den orienterar sig icke mot norr; den söker sig icke från sydligare till nordligare delar av Norrland. Utvecklingen, om det nu gäller en naturlig sådan, har icke gått och kan icke heller förutsättas komma att gå i sådan riktning. En centralisering av sjukvården eller vissa former därav, som icke ligger i linje med en sådan naturlig utveckling bör icke förordas eller genomföras. Ingenting talar heller för att befolkningsutvecklingen i Norrland eller den koncentration därav, som kan vara att räkna med, ens på längre sikt kan komma att rättfärdiga en anordning i strid med vad jag här vågat anföra.

Från sålunda antydda utgångspunkter och då jag hyser ett bestämt intresse för att befolkningen i övre Norrland, i likhet med landets befolkning i övrigt, skall i olika hänseenden beredas de förmåner och möjligheter, varpå den skäligen kan göra anspråk, kan jag icke finna annat än, att kommittén bort mera ingående än som skett pröva, huruvida icke en tillfredsställande lösning skulle ha stått att vinna genom inrättande av två anstalter av ifrågavarande slag, den ena för övre Norrland med förläggning till Umeå eller Luleå, eventuellt annan plats inom Västerbotten eller Norrbottens län, och den andra för övriga delar av Norrland med förläggning till plats inom Västernorrlands län.

I betänkandet anföres, att kommittén »i de sammanhang, där frågan varit aktuell, utgått från att de i detta betänkande avhandlade specialkliniker och institutionerna skola sammanföras på en plats och tillsammans med ett redan befintligt centrallasarett bilda en allsidigt utbyggd sjukvårdscentral, ett rikssjukhus». Detta har sålunda varit det mål, vartill man syftat. Lämpligheten och möjligheten av att ifrågavarande kliniker och institutioner skulle fördelas mellan centrallasarett inom de olika länen eller eventuellt på två sådana lasarett har därmed trätt i bakgrunden. Med sådana utgångspunkter är det knappast för djärvt att antaga, att nackdelarna och fördelarna av, å ena sidan, en decentralisering till exempelvis två anstalter samt, å andra sidan, en centralisering till en anstalt kommit att i någon mån påverkas av den målsättning, som för kommittén å priori framstått såsom den enda naturliga. För mig synas dock förhållandena eller omständigheterna även i förevarande sammanhang vara sådana, att man icke bör alldeles bortse från maximen att det bästa kan vara det godas fiende; alltså att en förläggning efter strikt principiella linjer till måhända en anstalt kan i praktiken komma att visa sig innefatta en sämre lösning än en decentralisering till exempelvis två anstalter.

Ett inrättande av två anstalter torde icke behöva föranleda några större ändringar i kommitténs förslag annat än i fråga om förläggningsorten. Båda anstalterna torde nämligen av skäl, som anförts i betänkandet, böra utbyggas så fullständigt som möjligt. En nedskärning av antalet vårdplatser synes emellertid påkallad, även om man härvid måste framgå med en viss

försiktighet. Beträffande vissa kliniker, exempelvis de neurokirurgiska, thoraxkirurgiska och neurologiska, torde dock kunna ifrågasättas, om sådana böra inrättas på mer än en plats i Norrland.

De utbildningsändamål, som kommittén avsett skola tillgodoses genom inrättande av norrlandssjukhuset, böra enligt min mening självfallet tillgodoses inom Norrland även vid en decentralisering av klinikerna exempelvis till två anstalter. Huruvida denna utbildning med hänsyn till befolkningsförhållandena och andra omständigheter bör centraliseras till en anstalt eller decentraliseras till två får bli beroende av resultatet av de fortsatta överväganden, som jag här tager sikte på.

Jag anser sålunda, i anslutning till det anförda, att frågan om inrättande av särskilda kliniker i Norrland för tillgodosende av förefintligt behov av specialistvård på sjukvårdens område samt i samband därmed ett åvägbringande av viss utbildningsverksamhet bör bli föremål för fortsatt övervägande i den ordning, som må prövas lämplig.

Skulle emellertid kommitténs förslag om en centralisering till en anstalt anses böra fullföljas, synes mig denna anstalt lämpligen icke kunna förläggas till Umeå. Denna min inställning framgår redan av vad jag i det föregående anför. Härutöver synes mig vissa erinringar vara på sin plats.

Tidigare har jag varit något inne på den tanken, att Sollefteå måhända skulle vara den lämpligaste förläggningsorten för norrlandssjukhuset. Därvid har jag huvudsakligen fäst mig vid att, rent geografiskt sett, Sollefteå borde tillerkännas ett visst företräde. Vid närmare övervägande har jag emellertid funnit mig icke kunna fullfölja denna tanke med hänsyn främst till den svaga befolkningskoncentrationen till denna plats. Det har i stället förefallit som om Sundsvall ur olika synpunkter måste ställas i första planet. Vissa av de av kommittén anförda skälen för dess ståndpunkt i fråga om förläggningsort synes mig härvid böra något beröras.

Kommittén utgår ifrån att »modersjukhuset» måste vara ett fullt utbyggt centrallasarett. Jag delar denna uppfattning, och synes mig denna förutsättning vara den nästan mest betydelsefulla av de av kommittén uppställda. Kommittén finner, att Sundsvall och Umeå böra i förevarande hänseende jämföras. De därvid anförda grundläggande siffrorna böra emellertid för Sundsvalls vidkommande kompletteras. Ett barnsjukhus om 50 vårdplatser står inför sitt färdigställande. Uppförande av ett nytt epidemisjukhus om 110 vårdplatser är beslutat. Inrättande av ett vårdhem för kroniskt sjuka om 50 vårdplatser har likaledes beslutats. En barnpsykiatrisk avdelning är beslutad och kommer att provisoriskt anordnas redan under nästa år. I omedelbar närhet av centrallasarettet finnes ett sanatorium om 220 vårdplatser. Landets måhända modernaste sinnessjukhus är ock förlagt till Sundsvall. Utredning pågår angående inrättande av ett centrallaboratorium, och väntas förslag därom till nästkommande års landsting. En tudelning av de medicinska och kirurgiska avdelningarna står jämväl

på dagordningen och är inrättande av en särskild narkosläkartjänst under utredning. Ortopedifrågan kan icke lösas, förrän en eventuell omorganisation av vanförestalten ägt rum.

Förläggningssorten, anför kommittén, »bör vara belägen i centrum av en relativt betydande tätortsbebyggelse och helst även utgöra huvudort för ett större område». För ett centrallasarett är denna förutsättning av största betydelse. Detsamma torde ock kunna sägas gälla för ett rikssjukhus och alldeles särskilt för ett sådant, som kan förväntas komma att utgöra underlag för en omfattande utbildningsverksamhet. Det synes emellertid icke behöva särskilt understrykas, att varken Umeå eller någon annan plats i Norrland kan i förevarande hänseende tävla med Sundsvall.

»Sjukhuset bör vara så centralt beläget som möjligt inom upptagningsområdet», heter det i kommitténs betänkande. Härvid bör då till en början erinras, att frågan om upptagningsområdets omfattning står öppen. Kommittén har underlåtit att ingående diskutera frågan härom. Klart är emellertid att, om Gävleborgs län eller endast landskapet Hälsingland hänföres till upptagningsområdet, tyngdpunkten i fråga om förläggningen flyttas s. a. s. söderut. Starka skäl kunna ock anföras för att det specialklientel, varom här är fråga, såvitt angår Gävleborgs län och i varje fall landskapet Hälsingland, hänvisas till norrlandssjukhuset. Kommunikationstekniskt sett föreligga icke heller några hinder härför.

Att kommittén tillmätt kommunikationsförhållandena stor betydelse är naturligt. Kommittén har dock endast räknat med järnvägs- och bussförbindelser. Från de senare kan dock från rikssjukhusets synpunkt väsentligen bortses. Så mycket större vikt bör läggas vid flygkommunikationerna. Den hastiga utveckling, som detta kommunikationsmedel tagit, kan ock förväntas komma att undan för undan ytterligare intensifieras. Sundsvall bildar härvidlag ett naturligt kommunikationscentrum, där förbindelserna med övre Norrland och med Jämtland komma att sammanstråla. För långdistanser kommer flyget att inom en snar framtid på grund av tidsbesparing och justering av färdkostnader dominera. Flygstation finnes i Sundsvalls närhet. Järnvägskommunikationerna för Sundsvall äro, särskilt för kortare distanser, goda. Den slutsatsen ligger därför nära till hands, att Sundsvall även ur kommunikationssynpunkt är likställt med eller överlägset de övriga platser, som i detta sammanhang kunna ifrågakomma.

Kommittén har åberopat, att Umeå är residensstad. Denna omständighet torde dock väga tämligen lätt mot bakgrunden av att Sundsvall i förhållande till universitet och medicinsk högskola är närmare beläget än Umeå.

Kommittén har även betonat norrlandssjukhusets betydelse för den medicinska forskningen. Denna kräver god tillgång till medicinsk litteratur i form av böcker och tidskrifter. Norrlandssjukhuset synes näppeligen kunna tillhandahålla bibliotek av den omfattning, varom här är fråga. Umeå kan emellertid i detta hänseende icke erbjuda särskilda företräden.

Kontakt med specialisterna vid övriga rikssjukhus är givetvis, såsom kommittén anfört, av största betydelse. Från denna synpunkt måste dock Sundsvall förutsättas erbjuda bättre möjligheter än norr därom belägna platser.

Av statsfinansiella och andra skäl kan i nuvarande läge icke finnas påkallat att forcera en lösning av här ifrågavarande spörsmål genom proposition till 1948 års riksdag. Ett sådant forcerande skulle måhända motverka den ur olika synpunkter mest tillfredsställande lösningen utan att någonting av reellt värde därmed vunnas. Huru optimistiskt inställd kommittén än kan vara, synes det mig icke möjligt att antaga, att den med hänsyn till omfattningen av därför erforderliga byggnader och anläggningar samt den mycket begränsade tillgången på specialistutbildad och annan personal kan räkna med ett startande av verksamheten vid norrlandssjukhuset inom en alltför nära liggande framtid. Kunna emellertid de fortsatta övervägandena i förlägningsfrågan, som självfallet kommer att ingående belysas vid det remissförfarande, som oundgängligen är att räkna med, samt övriga med norrlandssjukhusets inrättande sammanhängande spörsmål tillhörigen klarläggas så tidigt, att proposition medhinnas redan till nästkommande års riksdag, kan jag från mina utgångspunkter självfallet icke ha något att erinra mot att så sker. Nödvändigt kan detta dock icke anses vara.

Med utgångspunkt från den verkställda utredningen kan jag sålunda för min del, i anslutning till vad i det föregående anförts, icke finna annat än att, därest behovet av specialistvård på sjukvårdens område för Norrland anses böra tillgodoses genom centralisering av denna vård till en anstalt, såsom plats för denna Sundsvall främst bör ifrågakomma.

Redogörelser för klinikernas omfattning samt utbyggnadsplaner vid lasaretten i
Umeå, Sundsvall och Sollefteå.

U M E Å

(utdrag ur promemoria från landstinget den 11 mars 1947)

I. Nuvarande platsantal och avdelningar.

Medicinska avdelningen	137	vårdplatser
Kirurgiska avdelningen	155	»
Barnbördsavdelningen	22	»
Öron-, näs- och Halsklinik	25	»
Barnavdelningen	26	»
Ögonavdelningen	28	»
Röntgenavdelningen	13	»
Reumatiska avdelningen	60	»
Epidemiavdelningen	69	»
Pat. - bakt. avdelningen	—	
Centrallaboratorieavdelningen	—	
Summa	535	vårdplatser

II. Planerad utvidgning.

Kvinnoklinik (Gynekolog)	30	vårdplatser
Barnavdelningen	c:a 15	»
Reumatiska avdelningen	60	»
Barnpsykiatrisk avdelning	10	»
Planerade, ej beslutade avdelningar	115	vårdplatser

Avdelningar, som framdeles torde bli aktuella.

Ortopedavdelning	c:a 50 ¹	vårdplatser
Psykiatrisk avdelning	c:a 25	»
Yrkeshygien	c:a 12	»
Konvalescentavdelning	c:a 60	»
Summa	147	vårdplatser

¹Om avdelningen enbart skall betjäna Västerbottens län reduceras antalet vårdplatser till 20/25. Blir avdelningen öppen även för patienter från andra norrlands-län torde antalet vårdplatser komma att utökas till c:a 50.

SUNDSVALL

(utdrag ur promemoria från landstinget den 21 mars 1947)

1. Nu befintliga avdelningar.

Avdelning	A n t a l			
	vård- platser	lasar- läkare	bitr. la- sarett- läkare	under- läkare
Kirurgisk	208	1	1	4
Medicinsk	152	1	1	3
Obstetrisk-gyne- kologisk	90	1	—	2
Ögon	28	1	—	1
Öron-, näs- och halssjukdomar ..	44	1	—	1
Röntgen	—	1	1	1
Summa	522	6	3	12

2. Provisorisk mottagningsavdelning för barn jämte provisorisk vårdavdelning för c:a 12—15 barn beräknas färdigställas under de närmaste veckorna i avvaktan på öppnande av barnavdelning för 50 vårdplatser i särskild härför avsedd byggnad, som är under uppförande.

Lasarettsläkare för barnavdelningen är utnämnd och beräknas, att han inom den närmaste tiden skall tillträda tjänsten.

3. Särskild avdelning för tandpoliklinik är planerad vid lasarettet.

4. Särskilt apotek med leg. apotekare såsom föreståndare är likaså planerat vid lasarettet.

5. Vid lasarettet finnes dessutom bland annat i anslutning till den medicinska kliniken:

1 större laboratorium med tvenne laboratoriesköterskor, 1 assistentsköterska, 2 sjuksköterskeelever och 2 biträden; samt

i anslutning till den kirurgiska kliniken:

1 mindre laboratorium med en laboratoriesköterska och en assistentsköterska.

6. Sjuksköterskeskola finnes på platsen.

S O L L E F T E Å

(utdrag ur promemoria från landstinget den 26 februari 1947)

I. Nuvarande förhållanden.

I landstingets regi drives odelat lasarett med kirurgisk sjukavdelning på 106 vårdplatser jämte 19 platser å BB-avdelning. Dessutom drives i anslutning till lasarettet i särskild byggnad epidemisjukhus om 46 vårdplatser.

Vid lasarettet äro anställda en lasarettsläkare (kirurg), en extraläkare för öron-sjukdomar samt en röntgenläkare, vilken tillika enligt särskilt avtal tjänsgör vid garnisonssjukhuset i staden. Därutöver nödigt antal underläkare, f. n. en förste och två andre underläkare.

Av Kungl. Maj:t och Kronan drives ett garnisonssjukhus med 90 vårdplatser. Fem läkare äro anställda vid sjukhuset, därav såsom deltidanställd ovan angivne röntgenläkare.

Genom samarbetsavtal vårdas å garnisonssjukhuset invärtessjuka civila patienter och å lasarettet militära patienter, som erfordra kirurgisk vård.

Nyss sagda avtal kommer förmodligen att upphöra vid (senast) den tidpunkt, då avtalet utlöper (1953).

II. Preliminära planer.

Kungl. Maj:t och Kronan har genom särskilde utredningsmannen riksdagsmannen E. Fast hemställt, att sjukvården så måtte anordnas i Sollefteå, att nu drivna garnisonssjukhuset kunde frigöras för andra militära uppgifter (dels truppförbandssjukhus, dels ock vissa expeditionslokaler för I 21).

Den kommitté inom Västernorrlands läns landsting — »1945 års sjukvårdsutredning» — som har i uppdrag att verkställa översyn över landstingets sjukvårdsväsen samt upprätta förslag till sjukvårdsplan för länet, har med beaktande av de synpunkter, som ovan anförts av riksdagsmannen Fast, föreslagit om- och tillbyggnader i tvenne etapper av landstingets sjukhus. Förslaget har dock ännu icke varit underställt landstingets förvaltningsutskott och är därför att betrakta såsom ytterst preliminärt.

Förslaget innebär bibehållande av nuvarande lasarettbyggnaden ett eller annat 10-tal år framåt.

I första etappen.

Gamla sjukhuset: Kir. avd.	110 vårdplatser
Öronavd.	17 »
Summa	127 vårdplatser

Nya Sjukhuset: Med.avd.	86 vårdplatser
BB-avd.	24 »
Summa	110 vårdplatser
Summa summarum	237 vårdplatser

Vid slopande av nuvarande lasarettbyggnad och efter nybyggnad:

Kir.avd.	120 vårdplatser
Med.avd.	86 »
BB-avd.	24 »
Öronavd.	20 »
Summa	250 vårdplatser
Ev. barnavd.	20 vårdplatser
Summa	270 vårdplatser

Huruvida här föreslagna antal vårdplatser och specialavdelningar kan anses förslå för det upptagningsområde, som skall betjänas av lasarettet i Sollefteå, kan icke med exakthet fastställas.

I här ovan skisserade antal platser ingår även erforderligt antal platser för militära patienter, vilka icke kunna vårdas å truppförbandssjukhusen vid I 21 och T 3 och

kommer Kronan att till landstinget utgiva ersättning motsvarande självkostnaderna. Garnisonssjukhuset kan då slopas i sin nuvarande gestalt.

Vidkommande återigen frågan om specialavdelningarna kan man nog förmoda, att till lasarettet i anslutning till BB-avdelningen kommer att förläggas en obstetrisk-gynekologisk avdelning, ty den vid länslasarettet i Sundsvall befintliga obstr.-gyn. avd. täcker icke behovet av sådana vårdplatser i länet. En utlygnad av avdelningen i Sundsvall lär icke böra komma till stånd, utan bör sålan avdelning förläggas till något av lasarett i Härnösand, Sollefteå eller Örnsköldsvik. Det förefaller — med hänsyn till befolkningsfördelningen i Ångermanland — som om Sollefteå vore att föredraga före Örnsköldsvik och Härnösand.

Huruvida nuvarande vårdplatser vid ögonavdelningarna i Sundsvall och Örnsköldsvik täcka behoven, kan för närvarande icke avgöras.

III. Tomtfrågan.

Landstinget har genom köpavtal med Sollefteå stad förvärvat ett centralt beläget tomtområde direkt i anslutning till nuvarande lasarettbyggnaden och detta område förslår för här ovan under punkt II skisserade sjukhus med tillhörande ekonomibyggnader och personalhus.

Därest ett planerat »rikssjukhus» skulle komma att förläggas till Sollefteå, förslår dock icke utrymmet på nu disponibla byggnadstomt.

Man lär dock med visshet kunna förutsätta, att frågan om tomt för såväl »rikssjukhuset» som landstingets sjukvårdsinrättningar kan lösas i fullt samarbete med vederbörande i Sollefteå stad, som säkerligen icke utan stort intresse följer denna frågas utveckling.

Därest verkligen fråga om ny förläggningsplats inom Sollefteåorten blir aktuell, bör självfallet övervägas en förflyttning till den s. k. Trängsidan eller Remslemon, varvid planerade sjukhus kunna förläggas på ett ändamålsenligare sätt än vad som blir fallet å nuvarande disponibla tomtområde. Nuvarande lasarettstomt ligger i »skuggan» av berg mot söder och lutar mot norr — alltså en icke idealisk tomt för sjukhusbygget.

Redogörelse för verksamheten under år 1945 vid centraltandpolikliniken
i Umeå

(Ur årsberättelse från Västerbottens läns centrallasarett)

I. Konserverande tandbehandling.

Amalgamfyllningar	369
Amalgamkronor	1
Silikatcementfyllningar ..	37
Provisoriska fyllningar ...	17
Etsningar med How's lös- ning och lapislösning ...	11

II. Profylaktisk vård.

Handledning i personlig munhygien	300
--	-----

III. Protésarbeten.

1. Fastsittande:	
Guldkronor	2
Guldinlägg	1
Jacketkronor	1
2. Löstagbara:	
Helprotéser i kautschuk	9
Helprotéser i paladon ..	10
Hela överkäksprotéser i kautschuk	8
Hela överkäksprotéser i paladon	13
Hela underkäksprotéser i kautschuk	2
Partiella överkäksproté- ser i kautschuk	4
Partiella överkäksproté- ser i paladon	7
Partiella underkäkspro- téser i kautschuk	14
Partiella underkäkspro- téser i paladon	6
3. Käkortopediska apparater och konstruktioner:	

Frakturförband	7
Progeniförband	6
Andrésenprotéser	9
Snedplan	5
Anglebågar	1
4. Gomobturatorer	4
Sårobturatorer	6
5. Reparaturer	26

IV. Röntgenundersökningar

Antal tandfilm	334
Antal patienter	150
Antal extraorala röntgen- plåtar	15
Antal patienter	11

V. Tandkirurgi.

Tandextraktioner med in- jektion	1205
Tandextraktioner utan in- jektion	44
Tandextraktioner med nar- kos	12
Paradentos — (Gingivit-) behandlings	214
Paradentosbehandling ge- nom bettslipning	3
Gingivektomier	8
Operation av fistel	2
Operation av epulid	2
Cystaoperationer enligt Parsch I	8
Cystaoperationer enligt Parsch II	1
Rotspetsoperationer enligt Parsch I	1

Rotspetsoperationer enligt	
Partsch II	1
Plastikoperationer	9
Operativt avlägsnande (ut-	
mejsling med uppklaff-	
ning) av tänder	14
Övriga smärre tandkirurgi-	
ska ingrepp såsom inci-	
sioner med tamponad o.	
dyl.	88
Rotbehandlingar:	
Pulpaextirpationer	1
Gangränbehandlingar ...	28

VI. Progeni.

Antal patienter	6
-----------------------	---

VII. Gnato-palato-schisis.

Antal patienter	4
-----------------------	---

VIII. Käk- och tandfrakturer.

Antal patienter	7
-----------------------	---

IX. Tandregleringar.

Antal patienter	15
-----------------------	----

X. Remissernas olika fördelning.

Kirurgiska avdelningen ...	56
Medicinska avdelningen ...	117
Rheumatiska avdelningen ..	158
Privatavdelningen	2
B.B.-avdelningen	3
Barnavdelningen	7
Ögonavdelningen	6
Öron-, näs- och halsavdel-	
ningen	36
Röntgenavdelningen	3
Epidemiavdelningen	2
Kirurgipolikliniken	7
Medicinpolikliniken	2
Öronpolikliniken	44
Personalmottagningen	6
Beredskapssjukhusen	5
Privata tandläkare	25 ¹
Distriktstandläkare	15 ¹
Provinsialläkare	7
Tandpolikliniken I 20	20
Vanlig folktandvård	38
Antal remitterade och vår-	
dade patienter	559
Antal patientbesök	2 080

¹ Vissa remisser från tandläkare lära även ingå i de för kirurgiska, medicinska och öronavdelningarna angivna siffrorna.

Redogörelse för skoltandvårdens organisation i Nya Zeeland.¹

(På norrlandskommitténs kansli utförd sammanställning av de uppgifter som lämnats i två skrivelser — april 1945 och februari 1946 — av tandvårdsdirektören i hälsovårdsdepartementet i Wellington, Nya Zeeland).

1. De olika typerna av tandvårdspersonal i Nya Zeeland äro:
 - a) Tandläkare (dental surgeons) såväl privatpraktiserande som i statliga befattningar,
 - b) de statliga tandsköterskorna (dental nurses) i Nya Zeelands skoltandvård,
 - c) tandtekniker,
 - d) tandvårdsbiträden (dental attendants).
2. För att bli registrerad som tandläkare måste man avlägga tandläkarexamen (Bachelor of Dental Surgery) vid Nya Zeelands universitet eller förete motsvarande kvalifikationer som godkännas av »the Dental Council». Tandläkarexamen avlägges 5 år efter en examen som i stort sett motsvarar svensk studentexamen. Nya Zeeland har endast ett tandläkarinstitut.

Dental nurses användas uteslutande i förskol- och skoltandvården. De arbeta under överinseende av tandvårdsinspektörer. Närmare detaljer angående deras utbildning och sysselsättning finnas samlade i broschyren »How to become a School Dental Nurse» (bil.)² (se även nedan).

Tandteknikerna utbildas genom praktik i 5 år antingen hos tandläkare eller på tandlaboratorium. Deras behörighet är författningsreglerad.

Tandvårdsbiträdena (dental attendants) — motsvarande de svenska tandsköterskorna — läras upp av tandläkarna själva. Det finns inga skolor för biträdenas teoretiska utbildning. Dylika övervägas emellertid.

Sammanfattningsvis gäller sålunda att tandläkarnas arbete omfattar alla sorters tandvård, att dental nurses handha den systematiska förskol- och skoltandvården under överinseende av tandvårdsinspektörer (tandläkare), under det att tandteknikerna utföra det tekniska protesarbetet under ledning av tandläkare. En del av tandteknikerna ha emellertid visat en tendens att, trots lagbestämmelser i annan riktning, arbeta på egen hand. Tandvårdsbiträdena, som motsvara de svenska tandsköterskorna, utföra endast assistentarbete åt tandläkarna.

Skoltandvården finansieras med allmänna medel. Den daterar sig från 1919. Man avsåg att vården huvudsakligen skulle handhavas av s. k. dental nurses, som särskilt utbildades till denna uppgift. Den första årskullen dental nurses utexaminerades 1923. Programmet mötte starkt motstånd från visst tandläkarhåll men Nya Zeelands tandläkarsällskap gav sitt godkännande åt förslaget. Nu, mer än 20 år efter starten, ha dental nurses accepterats såväl av yrkesmännen som av allmän-

¹ Bilaga till norrlandskommitténs utlåtande den 25 januari 1947 över tandläkarutbildningssakkunnigas betänkande Del II.

² Här ej avtryckt.

heten som en fast grundad del av tandvårdsorganisationen. Deras tjänster äro efterfrågade över hela landet, vilket är ett tecken på att de ha förvärvat allmänhetens förtroende. Från yrkessidan kan det sägas, att de inom sitt speciala område representera en tandvårdsstandard som erhållit tandläkarnas godkännande. Detta har vitsordats såväl genom uttalanden av examinatorerna som av uttalanden av besökande tandläkare från andra länder och praktiserande tandläkare, som handhaft den fortsatta vården av patienter från skoltandvården. Dental nurses ha utexaminerats varje år sedan verksamhetens början. År 1935 beslöts en kraftig utbyggnad av skoltandvården och departementet uppsatte som mål att inom loppet av 5 år alla primary schools skulle ha tillgång till sådan tandvård. Ehuru realisering av detta förslag fördröjdes av kriget, ha goda framsteg gjorts och relativt få skolor äro nu utan skoltandvård.

Organisation.

Skoltandvården, som sorterar under chefen för tandvårdsavdelningen i hälsovårdsdepartementet, är organiserad i 5 distrikt, var och ett under ledning av en tandvårdsinspektör (»principal dental officer»). Angående inspektörens uppgifter se nedan. I övrigt handhas vården av dental nurses (för närvarande omkring 80, beräknade till omkring 100 i varje distrikt). De arbeta antingen ensamma eller två tillsammans vid varje klinik. Det finnes även kliniker som endast äro i funktion viss tid av året. Varje klinik ansvarar för vården vid ett visst antal folkskolor. Under den nuvarande utvecklingsperioden är i genomsnitt omkring 200 dental nurses ständigt under utbildning. De intagas 50 åt gången med 6-månaders intervaller.

Skoltandvårdens uppgifter.

1. Att förbättra hälsotillståndet beträffande tänderna hos skolbarn och förskolbarn från 2½ års ålder genom vård med 6-månaders intervaller.
2. Att lära barnen munhygien och förebyggande tandvård. För detta ändamål finnes inom hälsovårdsdepartementets tandvårdsavdelning en organisation för hälsoupplysning.

Urval av elever.

Anställning i skoltandvården är mycket eftersökt och man kan hålla en hög standard. Uppfostran, hälsotillstånd och personlighet beaktas alltid vid urvalet. Företräde gives dem som tagit studentexamen (University entrance examination). En noggrann kroppsundersökning företages. De sökande få förbinda sig att tjänstgöra under minst 5 år, inklusive de 2 skolåren. För närvarande antagas 100 elever per år. För att klara detta stora antal har en tillfällig skola anordnats i Wellington. Man räknar med att man bör ha 500 dental nurses i verksamhet när skoltandvården är fullt utbyggd (nu finnes tydligen omkring 400, jfr ovan). Skolan i Wellington har normalt en kapacitet av 50 elever per år, vilket är tillräckligt för att hålla nämnda antal dental nurses i verksamhet (alltså omkring 10 års omloppstid).

Under utbildningen äro eleverna inackorderade i hälsovårdsdepartementets skolor. Dessa hem äro anknutna till skolan. Föreståndaren för skolan assisteras av en stab av 8 tandläkare och 7 instruktionsköterskor. För den klinisk-kirurgiska tandvården har man räknat med en instruktör för 10 till 12 elever. Den slutliga examen, som innefattar muntliga, skriftliga och praktiska prov, avlägges inför utvalda, framstående privatpraktiserande tandläkare tillsammans med skolans föreståndare.

Klinikorganisationen.

Tandvårdsinspektören träder i förbindelse med befolkningen i distriktet, varvid en tandklinikkommitté tillsättes för att handhava de lokala uppgifterna. Man räknar med att varje dental nurse skall kunna behandla eller kontrollera 400—450 patienter 2 gånger årligen (1 000 behandlingar). På platser där ett sådant antal barn icke lämpligen kan samlas till kliniken inrättas annexpolikliniker för minst 100 barn.

De register, som föras av varje dental nurse skola innehålla en komplett redogörelse för varje patient och systemet fungerar så att varje patient uppmärksammas efter 6 månader. Dental nurses äro tjänstemän i hälsovårdsdepartementet men äro anknutna för särskilt uppdrag till det skoldistrikt där de äro placerade.

Vården innefattar tandfyllning i både mjölkttänder och permanenta tänder, extraktioner, där så är nödvändigt, av båda slagen tänder med lokal bedövning samt profylax. Inga rotfyllnader verkställas. Vården är standardiserad så mycket som möjligt. Kopparamalgam användes i alla mjölkttänder. Silveramalgam i de permanenta kindtänderna. I de permanenta framtänderna användes silikatcement. Den behandling som benämnes »prophylactic odontomy» användes i stor utsträckning och med tydlig framgång. För detta ändamål användes kopparamalgam. I allmänhet arbetar högst 2 dental nurses på samma klinik. De stå under kontroll av tandvårdsinspektören och mottaga sina instruktioner från honom. All korrespondens går även genom honom. Tandvårdsinspektören konsulteras för alla patienter, som synas kräva speciell behandling. Alla rapporter insändas till tandvårdsinspektören.

Denne inspekterar alla kliniker i distriktet med korta men oregelbundna mellanrum. Inspektionerna avse dels klinikens tillstånd, dels genomgång av patientkorten, dels inspektion av barnens tänder och dels besök hos skolmyndigheter och tandvårdskommittéer. Tandvårdsinspektören assisteras av speciellt utvalda kvinnliga inspektörer som själva länge fungerat som dental nurses.

Tandvård för barn över skolåldern (över 15 år).

År 1945 infördes tandvård för ungdomar i åldern 15—19 år. Även denna är upplagd med 6-månaders revision. Den skall handhavas av avlönade tjänstetandläkare men intill dess sådana finnas i tillräckligt antal kommer man att använda sig av privatpraktiserande tandläkare. Detta har godkänts av tandläkarsällskapet.

Nya Zeeland har en areal av 268 000 km² (Sverige 449 000 km²) samt 1 654 000 innevånare (Sverige 6 671 000 innevånare). Huvudstaden är Wellington med 160 000 innevånare.

Bilaga IV.

Sammanställning av vissa restider enligt tidtabellen för hösten 1947,
upprättad inom järnvägsstyrelsen.

(Tiderna avse resor mellan Umeå resp. Sundsvall och Sollefteå å ena sidan och den största staden i var och en av de 4 nordligaste länen å den andra sidan.)

A. Järnvägsförbindelser till och från Umeå.

		8.05	13.17	4.00	fr. Umeå	t.	15.17	20.23	1.30		
		14.35	20.48	9.53	t. Luleå	fr.	7.50	14.10	19.07		
	23.40	5.17	13.17	18.34	fr. Umeå	t.	15.17	23.15	5.49		
	9.45	16.11	22.57	6.28	t. Östersund	fr.	6.11	12.25	22.00		
		5.17	18.34	23.40	fr. Umeå	t.	5.49	23.15			
		15.45	6.53	9.27	t. Sundsvall	fr.	21.41	12.00			

B. Järnvägsförbindelser till och från Sollefteå.

		5.02	9.33	1.12	fr. Sollefteå	t.	19.29	23.28	4.40		
		14.35	20.48	9.53	t. Luleå	fr.	7.50	14.10	19.07		
5.02	10.24	15.39	18.52	22.34	fr. Sollefteå	t.	10.19	15.09	18.30	23.28	2.01
9.45	16.11	20.20	22.57	6.28	t. Östersund	fr.	6.11	9.54	12.25	19.03	22.00
4.42	6.25	9.34	11.03	16.19	fr. Sollefteå	t.	12.31	17.44	18.44	22.29	1.10
9.27	11.07	12.59	15.45	21.16	t. Sundsvall	fr.	7.10	11.50	14.00	17.40	21.41
	5.02	9.33	17.47	1.12	fr. Sollefteå	t.	11.01	19.29	23.28	4.40	
	9.50	15.17	23.15	5.43	t. Umeå	fr.	5.17	13.17	18.34	23.40	

C. Järnvägsförbindelser till och från Sundsvall.

		21.41	fr. Sundsvall	t.	6.53	9.27					
		9.53	t. Luleå	fr.	14.10	19.07					
		19.00	fr. Sundsvall	t.	15.45	6.53	9.27				
		23.15	t. Umeå	fr.	5.17	18.34	23.40				
5.43	9.39	12.00	fr. Sundsvall	t.	10.11	13.50	17.00	20.52	23.41	6.53	
9.45	13.30	16.11	t. Östersund	fr.	6.11	9.54	12.25	16.36	19.03	22.00	

SKRIFTVÄXLING MELLAN NORRLANDSKOMMITTÉN OCH VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTINGS FÖRVALTNINGSUTSKOTT.

A. Inom norrlandskommitténs kansli utarbetat förslag till fördelning mellan staten och Västerbottens läns landsting av kostnaderna för inrättande och drift av Norrlandssjukhuset, tillställt landstinget med skrivelse den 21 juni 1947.

Engångskostnader.

Statens		Landstingets	
Åtaganden	Kostnader kronor	Åtaganden	Kostnader kronor
		1) Tomt för sjukvårdsanstalten, NCT och NTI ¹ ställes kostnadsfritt till förfogande (tomtkarta skall biläggas liksom uttalande rörande stadsplanebestämmelser)	
		2) Tomtområdet planeras och iordningställes	
Ledningar inom byggnaderna (ingår i nedan angivna 6 000 000 kr.)		3) Ledningar framdragas till de nya byggnaderna	
		4) Kulvertar mellan landstingets sjukhus och de nya byggnaderna	
Byggnader för sjukvårdsanstalten med undantag för viss del av laboratoriebyggnaden (landstinget blir ägare)	6 000 000	5) Av landstinget beräknad nybyggnadskostnad för egna laboratorier	1 000 000
Utrustning för sjukvårdsanstalten med undantag för vidstående laboratorier (landstinget blir ägare)	1 585 000	6) Utrustning för patologiskt, kliniskt och bakteriologiskt laboratorium med djuravdelning	290 000

¹NCT = Norrlands centrala tandvårdsanstalt; NTI = motsvarande anstalt med tandläkarutbildning (»tandläkarinstitut»).

<i>Statens</i>	<i>Landstingets</i>
Åtaganden	Åtaganden
Kostnader kronor	Kostnader kronor
Byggnader och utrustning för NCT. Hela kostnaden 1 028 000 kr. Härav avgår belopp enl. 7 och 8	7) Avlastning av kostnaderna för lokaler och utrustning för <i>central-tandpoliklinik</i> ¹
	8) Avlastning av lokal- och utrustningskostnader för 3½ <i>distrikts-tandläkare för vuxna</i>
Byggnader och utrustning för NTI (inklusive NCT). Hela kostnaden 2 134 500 (preliminärt belopp) ² . Härav avgår belopp enl. 9	9) = 7 och 8 ovan samt avlastning av lokal- och utrustningskostnader för ytterligare två distriktstandläkare (för barn) ³
	10) Tillhandahållande av tvättanläggning för samtliga anstalter
	11) Tillhandahållande av köks- och andra ekonomilokaler samt matsalar i den mån dylika lokaler erfordras för utspisning av personal, inneliggande patienter och poliklinikpatienter (även för NCT och NTI)
	12) Föreläsningsslokaler för tandtekniker- och tandsköterskekurser. Elevbostäder skola finnas att hyra
	13) Tillhandahållande av värmecentral för hela anläggningen
	14) Personalbostäder (även för NCT och NTI) av vedertagen typ och kvalitet skola finnas att hyra

¹ Därest utrustningen för centraltandpolikliniken av landstinget överlämnas till NCT, bör beloppet minskas med högst 30 000 kronor.

² Enl. senare beräkningar i runt tal 2 300 000 (kap. 28).

³ I betänkandet har sedermera räknats med att kostnaderna för endast en tandläkare för barn komma att avlastas landstinget.

<i>Statens</i>	<i>Kostnader</i>	<i>Landstingets</i>	<i>Kostnader</i>
Åtaganden	kronor	Åtaganden	kronor
		15) Rum för poliklinikpatienter skola finnas att hyra	
		16) Se föreslagna bestämmelser rörande fastigheternas utnyttjande om driften skulle nedläggas (kapitlen rörande finansiering och administration av sjukvårdsanstalten resp. tandvårdsanstalten)	

Årliga kostnader.

- a) *för sjukvårdsanstalten*
 Driftskostnader = 22:76
 × 81 000 = omkring
 1 850 000. 95 % härav
 eller omkring 1 750 000
 kronor ankommer på sta-
 ten. Från sistnämnda be-
 lopp avdragas lands-
 tingsavgifterna, vilka för
 81 000 vårddagar à 2:50
 kronor uppgå till 202 500.
 Om antalet vårddagar
 under- resp. överstiger
 81 000 per år minskas
 resp. ökas statsbidraget
 med 1:50 kr. per vårddag
 Statsbidraget skall ytter-
 ligare minskas med sum-
 man av beloppen i 17
 och 18
- b) *för NCT*
 Driftskostnaderna med
 undantag för kostnaden
 för förbrukningsmaterial
 = 347 615 kr.¹ Härifrån
 avgår belopp enligt 20
 och 21. Avräkning årligen
 med hänsyn till verkliga
 patientintäkter och
 kostnader för förbruknings-
 materiel, vilken av-
- 17) Belopp motsvarande
 landstingets beräkna-
 de driftskostnader för
 den av landstinget själv
 planerade laboratoriein-
 stitutionen (jfr 5)
- 18) ½ överläkare och ½
 underläkare på narkos-
 institutionen 20 084
- 19) Landstinget svarar för
 kostnader som icke täc-
 kas av statsbidraget och
 landstingsavgifterna
- 20) Belopp motsvarande
 nettoförlusten för cen-
 traltandpoliklinikens
 drift
- 21) Belopp motsvarande
 nettoförlusten på drif-
 ten av distr. pol. med
 3½ tandläkare (beräk-
 nad till kronor
 per tandläkare)

¹ Enligt senare beräkningar 347 623 kronor.

<i>Statens</i>	<i>Landstingets</i>
Åtaganden	Åtaganden
Kostnader kronor	Kostnader kronor
räkning preliminärt beräknas minska statsbidraget med ytterligare omkring 220 000 kr. ¹	22) Landstinget svarar för det belopp varmed driftskostnaderna — med undantag för kostnaderna för förbrukningsmateriel i tandvården — kan komma att överstiga 347 615 kr. ²
c) för NTI (inklusive NCT). Driftskostnaden med undantag för kostnader för förbrukningsmateriel = 651 752 kr. ³ Då vissa med undervisningen direkt sammanhängande kostnader till ett belopp av 128 435 kr. ⁴ skall utgå från särskilt anslag blir statsanslaget till landstinget 523 317 kr. ⁵ Härifrån avgår belopp enligt 23. Avräkning enligt b).	23) = 20 och 21 jämte belopp motsvarande nettoförlusten på 2 barn-tandläkare (beräknad till kr. per styck) ⁶
	24) Landstinget ansvarar för det belopp varmed driftskostnaderna med undantag för kostnaderna för förbrukningsmateriel i tandvården kan komma att överstiga 523 317 kr. ⁵
	25) Norrlandskommitténs kostnadsberäkningar rörande driften av sjukvårdsanstalten, NCT och NTI skola godkännas av landstinget. Justering under vart och ett av de 3 första åren därefter vart 5:te år

¹ Enligt senare beräkningar 233 750 kronor.

² » » » 347 623 »

³ » » » 710 505 »

⁴ » » » 147 917 »

⁵ » » » 562 588 »

⁶ Se not till p. 9) ovan.

B. Svarsskrivelse den 15 juli 1947 från Västerbottens läns landstings
förvaltningsutskott.

Till

NORRLANDSKOMMITTÉN

I skrivelse av den 21 juni 1947 har Norrlandskommittén meddelat att den beslutat föreslå att en central sjukvårdsanstalt, innefattande specialkliniker inom ett flertal områden jämte laboratorieorganisation och en härtill ansluten central tandvårdsanstalt — eventuellt med tandläkarutbildning — samt olika skolor för sjuk- och tandvårdspersonal, inrättas i Norrland och att kommittén som förläggningsort tänkt sig Umeå.

Det är uppenbart att Västerbottens läns landsting är intresserat för att en dylik sjukvårdsanstalt förläggas till Norrland samt att Umeå föreslagits som förläggningsort.

Vid genomgående av kommitténs utkast till de åtaganden landstinget skulle förbinda sig till vill förvaltningsutskottet framhålla följande:

1. Tomt för sjukvårdsanstalten, NCT och NTI är landstinget villigt ställa kostnadsfritt till förfogande.
2. Tomtområdet förbinder sig landstinget planera och iordningställa. Kostnaden härför beräknas uppgå till ett belopp av 25 000 kronor.
- 3—4. Ledningar framdrages på landstingets kostnad till de nya byggnaderna. Likaså de kulvertar som erfordras mellan landstingets sjukhus och specialistsjukhuset. Kostnaden härför beräknas komma att uppgå till c:a 100 000 kronor.
5. I de byggnadskostnader som komma att belöpa sig för uppförande av byggnad för anordnande av en fullständig laboratorieorganisation är landstinget villigt bidra med 1 000 000 kronor.
6. I utrustningskostnader för patologiskt, kliniskt och bakteriologiskt laboratorium med därtill hörande djuravdelning har Norrlandskommittén beräknat landstingets bidrag till 290 000 kronor. I sammanställningen över laboratorieutrustning har kommittén för djuravdelningen upptagit kostnaden till 60 000 kronor. Det fysiologiska laboratoriet är upptaget till 60 000 kronor. Det synes som kommittén räknat med att landstinget även skall bekosta djuravdelningen för det fysiologiska laboratoriet, som från sakkunnigt håll uppgives belöpa sig till 20 000 kronor. Om detta belopp avdrages de avdelningar landstinget skall svara för blir det belopp som skall belastas landstinget 270 000 kronor, vilket belopp landstinget är berett bidra till i utrustning av patologiskt, kliniskt och bakteriologiskt labora-

torium. Då de beräknade utrustningskostnaderna för här berörda laboratorier äro beräknade för helt ny anskaffning av apparatur m. m. utgår förvaltningsutskottet ifrån att den apparatur landstinget tidigare anskaffat för sitt kliniska och pat.-bakteriologiska laboratorium kan, i den mån en nyanskaffning ej blir erforderlig av viss apparatur eller annan utrustning, överflyttas till de nya laboratorierna och en avräkning i kostnaden härför ske.

7. Landstinget har beslutat inreda lokaler för en centraltandpoliklinik vid lasarettet (f. n. är centraltandpolikliniken inrymd i provisoriska lokaler). Denna är kostnadsberäknad till 100 000 kronor, vilket belopp landstinget överlämnar därest centraltandpolikliniken inrymmes i den planerade centralanstalten för folktandvården.

Utrustningen härtill är landstinget villigt bidra med 30 000 under förbehåll om avräkning för den del av nuvarande centralanstaltens utrustning som befinnes lämplig överförs till NCT.

8. Beträffande avlastning av lokaler för 3 ½ distriktstandläkare för vuxna uppför landstinget ett flertal distriktstandpolikliniker under detta år. Kostnaden för de under byggnad varande klinikerna uppgår till 40 000 kronor vardera, varför landstinget erbjuder sig bidra med 140 000 kronor i byggnadskostnad och 40 000 kronor i utrustningskostnader, därest dessa tandläkare komma att överflyttas till NCT.

9. I den mån distriktstandläkare för barn bliva överflödiga vid landstingets tandklinik i staden och tvenne tandläkare därigenom kunna överflyttas till NCT är landstinget berett att härför deltaga med ett belopp i lokalkostnad med 80 000 kronor och i utrustningskostnader med 22 000.

Skulle beträffande utrustning för de 3 distriktstandläkare för vuxna och 2 för barn landstinget ej hava användning för den tidigare inköpta utrustningen på annat håll förbehåller sig landstinget i stället för de sammanlagda utrustningskostnader för i punkt 8 och 9 härovan angivna 62 000 kronor i stället överlämna den tidigare av landstinget inköpta kompletta utrustningen.

10. Landstinget är berett att utvidga tvättanläggningen så att den även kan mottaga den ökade tvättgodsmängden som föranledes av specialsjukhusets och NCT:s ev. NTI:s tillkomst. Kostnaden härför beräknas komma att uppgå till 100 000 kronor.
11. Tillhandahållande av köks- och andra ekonomilokaler samt matsalar kommer att för landstinget medföra en rätt stor utvidgning av nuvarande köket, dels beträffande utrymmet, dels ock apparaturen. En approximativ uppskattning av kostnaden härför belöper sig på 200 000 kronor. Det nuvarande köket och matsalarna kunna ej mottaga den ökning som föranledes av specialsjukhusets tillkomst.

Landstinget är dock berett på att själv svara för de med utvidgningen förenade kostnaderna.

12. Föreläsningsslokaler för tandtekniker- och tandsköterskekurser räknar landstinget med kunna ordnas i samband med uppförande av en ny elevbyggnad för sjuksköterskeskolan.

Landstinget svarar för att bostäder för elever vid NCT finnes att hyra.

13. Värmecentralen som är under uppförande beräknas bli tillräcklig även för det ifrågasatta specialistsjukhuset.

14. Ehuru huvudmännen numera genom bruttolönesystemets genomförande icke är skyldig tillhandahålla bostäder för anställda är det dock uppenbart att landstinget i tid måste vidtaga åtgärder för att bereda flertalet läkare, sköterskor och biträden bostäder. Förvaltningsutskottet har beräknat att i första hand nödgas uppföra bostadslägenheter för 12 överläkare, 11 underläkare, 50 sköterskebostäder och bostadsrum för 75 biträden. Det kapital landstinget härför beräknar få investera i dessa bostäder uppskattas till 3 250 000 kronor.

15. Rum för poliklinikpatienter svarar landstinget för att de finnas tillgängliga att hyra.

16. Emot kommitténs förslag rörande fastigheternas utnyttjande om driften nedlägges har landstinget ej annan erinran att framställa än att landstinget ej är villigt inlösa annan del av fastigheterna än vad landstinget vid denna tidpunkt själv har behov av.

17. Landstinget har nu i drift en patologiskt-bakteriologisk samt klinisk laboratorieavdelning. En sammanställning av kostnaderna för dessa avdelningar för år 1947 visar att landstinget härför har en utgift av sammanlagt 106 000 kronor, varför landstinget är berett att såsom sin andel i driftskostnader för det i specialistsjukhuset ingående laboratorieorganisationen deltaga med ett liknande belopp.

18. Den beräknade halva kostnaden, kronor 20 100 för narkosinstitutionen reser landstinget inget hinder mot att bidra med.

19. Denna post inger vissa betänkligheter att godtaga utan reservation. Även om en översyn av dagkostnaden kommer att ske innan verksamheten kommer igång kan sådana oförutsedda omkostnader tillkomma, som kan bli betungande för landstinget. Å andra sidan inser förvaltningsutskottet att det ur statlig synpunkt är värdefullt att ett bestämt belopp kan fixeras såsom statens bidrag till driften av specialistsjukhuset. Då en omräkning av kostnaden efter ett år skall ske och detta åtagande således kommer att gälla för ett år och det första verksamhetsåret kommer att lämna bättre underlag för ett mera exakt bedömande av driftskostnaderna det andra året, vill ej landstinget för det första verksamhetsåret resa något hinder för godkännande av denna punkt.

20. Enligt den undersökning som verkstälts kan nettoförlusten för centraltandpolikliniken fastställas till 15 000 kronor per år.
21. Nettoförlusten på driften av en distriktstandpoliklinik är mycket olika för olika kliniker. Vissa kliniker med äldre erfarna tandläkare och betydande protesarbeten visar obetydligt underskott. Beräknas ett underskott av 4 000 kronor per varje klinik torde detta belopp ligga verkligheten mycket nära. Landstingets bidrag för 3 ½ tandläkare blir således 14 000 kronor.
22. Såsom framhållits under punkt 19 ovan är ett åtagande av detta slag ytterst betänkligt då de av kommittén gjorda beräkningarna kunna komma att drabba landstinget en betydande utgift. Då emellertid även i detta fall en omräkning skall ske efter första årets verksamhet går landstinget med på att svara för eventuellt ökade bruttodriftskostnader beräknade till 347 615 kronor.
23. Nettoförlusten på barntandläkare har landstinget beräknat uppgå till 8 000 kronor per tandläkare. Landstinget skall därför om NTI kommer i verksamhet svara för ett belopp av 16 000 kronor för de 2 barn-tandläkare landstinget eventuellt får överföra till NTI.
24. Landstinget kan i princip godkänna kommitténs förslag att landstinget svarar för det belopp varmed driftskostnaderna i tandvården överstiger det belopp som beräknas komma att erfordras för NTI:s verksamhet. Att bestämma detta belopp synes kunna anstå till dess NTI:s verksamhet skall påbörjas och driftsstaten då kan upprättas efter då varande lönesättning och materialpriser. Det torde således enligt förvaltningsutskottets mening vara tillräckligt att landstinget i princip åtager sig att svara för den kostnad för NTI:s drift som överstiger det belopp driftsstaten för anstalten upptager.
25. Landstinget har inget att erinra mot att godkänna de av Norrlands-kommitténs kostnadsberäkningar som upprättats efter nu kända förhållanden på materialmarknaden och nuvarande löneläge. Då det dock torde komma att dröja flera år innan verksamheten kan upptagas och såväl löneläget som materialpriserna vid denna tidpunkt kunnat ha undergått väsentliga ändringar i ena eller andra riktningen och en omräkning av olika staförslag måste ske anser förvaltningsutskottet att vid den slutliga överenskommelsen mellan kommittén och landstinget bör framhållas att landstingets godkännande av kommitténs beräkningar gälla nuvarande löne- och marknadsläge.

Beträffande kommitténs förslag att landstinget årligen skall bidra med 5 % av specialistsjukhusets driftskostnader tillåter sig förvaltningsutskottet framföra sina stora betänkligheter, emot den princip som kommittén här framför.

Kommitténs förslag om uppförande i Norrland av ett specialistsjuk-

hus har väl tillkommit för att bereda den norrländska befolkningen möjlighet till bättre specialvård, som den icke nu kan erhålla på grund av de stora avstånden, och svårigheten att få plats på stockholmsklinikerna. Västerbottens läns landsting har f. n. en mycket hög landstingsskatt. Att ytterligare belasta landstinget med utgifter för detta allmänna specialistsjukhus bör enligt förvaltningsutskottets mening allvarligt övervägas. Förvaltningsutskottet hemställer därför att denna punkt av kommittén upptages till omprövning.

En sammanfattning av landstingets åtagande visar följande belopp i engångsutgifter och årliga utgifter:

	<i>Engångskostnad</i>	<i>Årliga bidrag</i>
Punkt 2	25 000: —	
3—4	100 000: —	
5	1 000 000: —	
6	270 000: —	
7	130 000: —	
8	180 000: —	
9	102 000: —	
10	100 000: —	
11	200 000: —	
17		106 000: —
18		20 100: —
20		15 000: —
21		14 000: —
23		16 000: —
	<hr/>	<hr/>
	2 107 000: —	171 100: —
Därtill kommer investering av kapital för bostäder	3 250 000: —	
	<hr/>	
	Kr. 5 357 000: —	

Förvaltningsutskottet som utsett särskilda delegerade för överläggning med kommittén om ovan berörda spörsmål motser meddelande om tid och plats för ett sammanträffande, om detta anses erforderligt.

Umeå den 15 juli 1947.

På Förvaltningsutskottets vägnar:

J. M. Bäckström

Gust. Wigren

Enligt vad norrlandskommittén erfarit ha förvaltningsutskottets åtgöranden i förevarande angelägenhet sedermera godkänts av landstinget.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.

	Sid.
Skrivelse till Konungen	3
DEL I. NORRLANDS CENTRALA SJUKVÅRDSANSTALT	
Kap. 1 De norrländska landstingens nuvarande sjukhusorganisation	9
2 Allmänna synpunkter rörande specialistvården i Norrland ..	12
3 Radiologisk klinik	19
4 Neurokirurgisk klinik och neurologisk klinik	28
A. Neurokirurgisk klinik	28
B. Neurologisk klinik	31
5 Plastikkirurgisk klinik och foniatrisk poliklinik	32
A. Plastikkirurgisk klinik	32
B. Foniatrisk poliklinik	34
6 Bröstkirurgisk klinik	36
7 Klinik för hud- och könssjukdomar	43
8 Norrlandskliniker eller stockholmskliniker. Specialistsjukhus eller decentraliserade kliniker	49
9 Laboratorieorganisationen	53
A. Patologiskt laboratorium	54
B. Kliniskt centrallaboratorium	54
C. Bakteriologiskt laboratorium	56
D. Fysiologiskt laboratorium	57
10 Klinikernas hjälporgan	59
A. Narkosläkare	59
B. Sociala kuratorer	61
C. Kontroll av vårdens resultat	62
D. Inackordering för patienter i öppen vård	63
11 Norrlandssjukhuset som utbildningsanstalt	65
A. Specialistutbildning av läkare inom vissa områden	65
B. Repetitionskurser för läkare	67
C. Distriktssköterskeskola med förlossningsutbildning	68
12 Förläggningssort	73
13 Beräkning av personalbehovet och lönestaten för Norrlands- sjukhuset	82

14	Kostnadsberäkningar för Norrlandssjukhuset	87
	A. Byggnadskostnader	87
	B. Inventarie- och utrustningskostnader	89
	C. Driftskostnader	90
15	Finansiering och administration av Norrlandssjukhuset	95
16	Sammanfattning av Del I och hemställan	108

DEL II. NORRLANDS CENTRALA TANDVÅRDSANSTALT.

Avd. A. Inledande uppgifter och synpunkter.

Kap. 17	Norrlandsbefolkningens tandförhållanden	115
18	Tandvården i Norrland	122
19	Allmänna synpunkter rörande tandvården i Norrland	128

Avd. B. Tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning.

Kap. 20	Anstaltens uppgifter på tandvårdens område	132
21	Anstaltens övriga uppgifter	145
	A. Tandteknikerskola och tandsköterskeskola	145
	B. Fortbildningskurser för tandläkare	148
	C. Forskningsuppgifter	149
22	Beräkning av personalbehov och lönestat	151
23	Kostnadsberäkningar för tandvårdsanstalt utan tandläkar- utbildning	156
	A. Byggnadskostnader	156
	B. Inventarie- och utrustningskostnader	156
	C. Driftskostnader	157
	D. Kostnader för tandtekniker- och tandsköterskeskolorna ..	158
24	Administration och finansiering av tandvårdsanstalt utan tandläkarutbildning	161

Avd. C. Tandvårdsanstalt med tandläkarutbildning.

Kap. 25	Synpunkter på tandläkarutbildning i Norrland	169
26	Studieplan	176
27	Beräkning av personalbehov och lönestat	180
28	Kostnadsberäkningar för tandvårdsanstalt med tandläkar- utbildning	189
	A. Byggnadskostnader	189
	B. Inventarie- och utrustningskostnader	190
	C. Driftskostnader	191
29	Administration och finansiering av tandvårdsanstalt med tand- läkarutbildning	194
30	Sammanfattning av Del II och hemställan	197
	Särskilda yttranden	204

BILAGOR:

- Bilaga I.* Redogörelser för klinikernas omfattning samt utbyggnadsplaner vid lasaretten i Umeå, Sundsvall och Sollefteå 211
- Bilaga II.* Redogörelse för verksamheten under år 1945 vid central-tandpolikliniken i Umeå 215
- Bilaga III.* Redogörelse för skoltandvårdens organisation i Nya Zea-land 217
- Bilaga IV.* Sammanställning av vissa restider enligt tidtabellen för hösten 1947 220
- Bilaga V.* Skriftväxling mellan norrlandskommittén och Västerbot-tens läns landstings förvaltningsutskott 221

BILLAGOR

Bilaga A. Redogörelse för tillkomsten och utvecklingen av planer vid Jämsjöns skola, grundskola och förskola 27

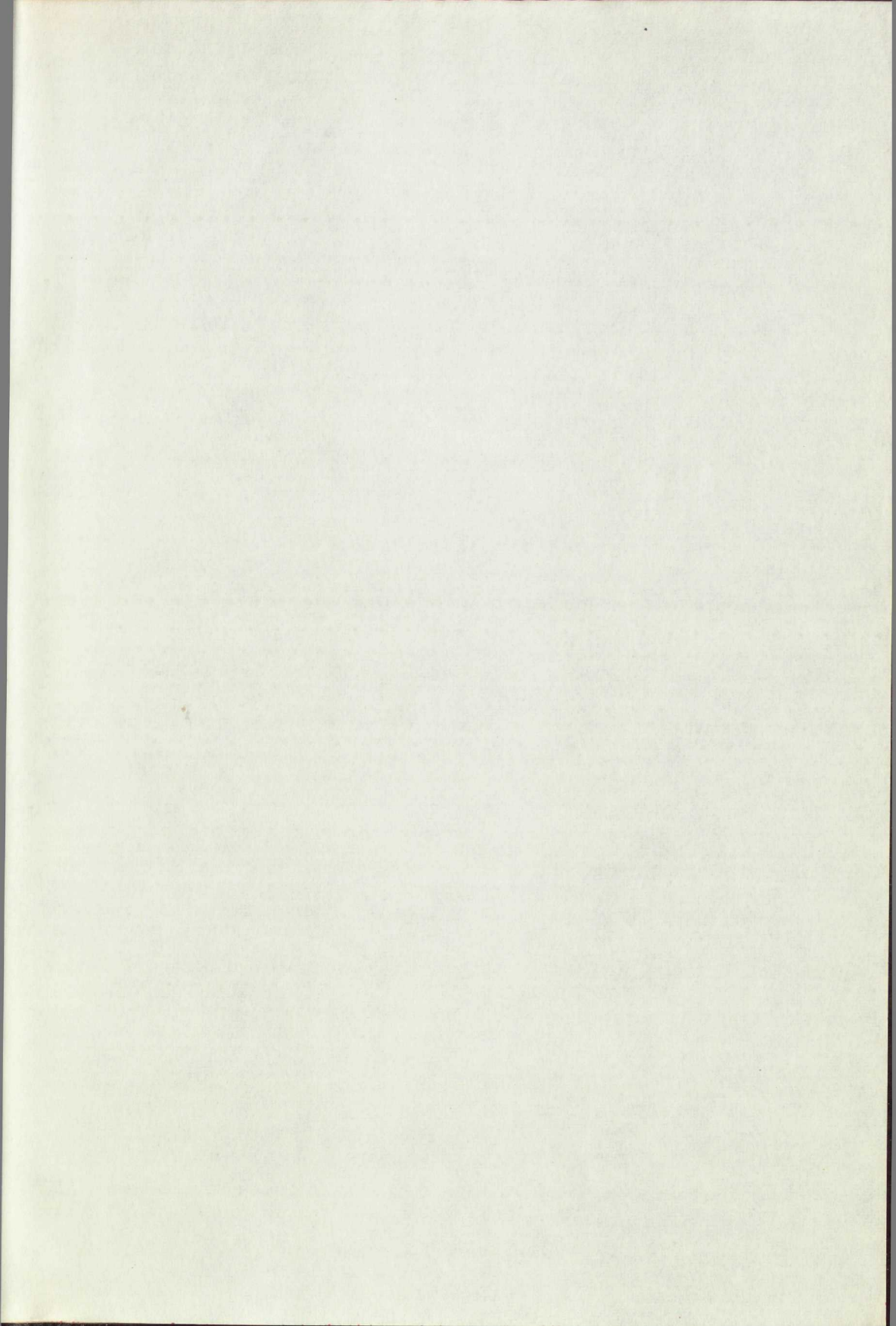
Bilaga B. Redogörelse för verksamheten under år 1979 och skolans handläggningen i denna 28

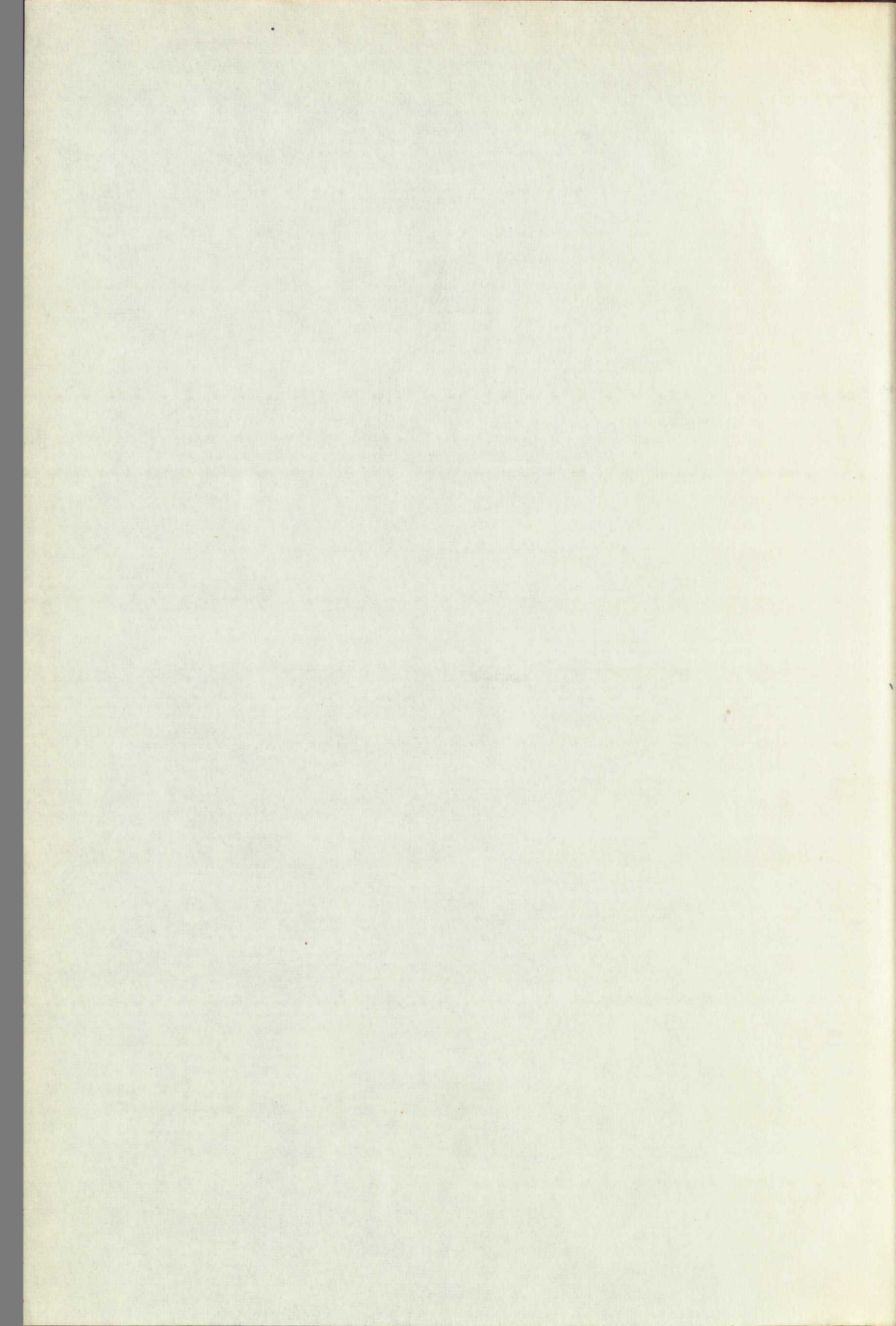
Bilaga C. Redogörelse för skolans verksamhet under år 1980 och skolans hand 37

Bilaga D. Sammanfattning av verksamheten under åren 1979 och 1980 39

Bilaga E. Skolans utveckling under åren 1979 och 1980 41

42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100





54. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:25. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Norrbottens län. Beckman. 41 s. K.
55. Utredning med förslag angående utbildning av lärare för industri och hantverk vid anstalter för yrkesundervisning m. m. Hæggsström. 173 s. E.
56. Utredning angående organisationen av den finska församlingen i Stockholm samt de tyska församlingarna i Stockholm och Göteborg m. m. Av E. Schalling. Idun. 143 s. E.
57. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:13—14. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Hallands län samt Göteborgs och Bohus län. Beckman. 67 s. K.
58. Betänkande angående reglering av anställningsförhållandena för viss civil personal inom statsförvaltningen. Del 2. Personal med teknisk utbildning m. fl. Beckman. 82 s. Fl.
59. Betänkande med förslag angående forsknings- och försöksverksamheten samt undervisningen på mejerieringens område m. m. Beckman. (2) 205 s. Jo.
60. Förslag till tryckfrihetsförordning. Norstedt. iv. 314 s. Ju.
61. Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande 2 angående den lasaretsanslutna B-sjukvården

- jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka. Beckman. 120 s. I.
62. Fiskredskapsförsäkring. Betänkande avgivet av fiskredskapsförsäkringsutredningen. Am. Lundquist. 69 s. Jo.
63. Betänkande med förslag till byggarle av fiskerhamnar. Beckman. 276 s. K.
64. Betänkande och förslag rörande dövstumsundervisningen. Idun. 340 s. E.
65. Arbetsutredningens betänkande. D1 1. Arbetare under jord i gruva och stenbrott. Idun. 60 s. S.
66. De medicinska högskolornas organisationskommitté. 2. Organisatoriska åtgärder till främjande av medicinsk forskning. Idun. 126 s. E.
67. Betänkande med förslag angående itbyggnad av lantbruks-, skogs- och veterinärhögskolorna. Idun. 324 s. Jo.
68. Betänkande med utredning och förslag angående utbildningen av lantmätare och lantbruksingenjörer. Beckman. 243 s. E.
69. 1946 års hjälp- och särklasslärarutredning. Utbildning av lärare för utvecklingshämme och svårfostrade barn jämte förslag till inrättande av ett statens speciallärainstitut. Katalog och Tidskriftstryck. 130 s. I.
70. Betänkande angående ett rikssjukhus i Norrland (»Norrlandssjukhuset»). Katalog och Tidskriftstryck. 233 s. I.

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

Statens offentliga utredningar 1947

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

- Förslag till konvention mellan Sverige, Danmark och Norge om erkännande och verkställighet av domar i brottmål m. m. [16]
- Lagberedningens förslag till jordabalk. 1. [38]
- Betänkande med förslag om upphävande av äldre giftermålsbalken. [43]
- Förslag till tryckfrihetsförordning. [60]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

- Betänkande med utredning rörande riksräkenskapsverkets organisation. [13]
- 1945 års lönekommitté. 2. Betänkande med förslag till statens allmänna avlösningsreglemente m. m. [23]
- Betänkande ang. reglering av anställningsförhållandena för viss civil personal inom statsförvaltningen. Del 2. Personal med teknisk utbildning m. fl. [58]

Kommunalförvaltning.

- Betänkande med förslag till lag om regionkommuner m. m. [30]
- Kommunallagskommitténs betänkande 1 med förslag ang. ändringar i kommunallagarnas bestämmelser om borgerlig primärkommuns kompetens och om kvalificerad majoritet. [53]

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

- Polisen och allmänheten. Betänkande med förslag till tjänstereglemente för polisväsendet. [45]

Nationalekonomi och socialpolitik.

- Kollektiv tvätt. Betänkande med förslag att underlätta hushållens tvättarbete. [1]
- Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 2. Förslag angående yrkesvägledning och yrkesutbildning för partiellt arbetsföra m. m. [18] i. Utredningar och förslag ang. sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. n. [44]
- Kompetensförordningar för statliga, visa halvstatliga och kommunala tjänster samt sådana yrken och befattningar, för vilkas utövande kräves av statlig myndighet utfärdad behörighetsförklaring eller legitimation. [19]
- Socialvårdskommitténs betänkande. 15. Utredning och förslag ang. särskilda barnbidrag och bidragsförskott m. m. [21]
- Betänkande rörande ett centralt arbetsmarknadsorgan. [24]
- Slutbetänkande avgivet av bostadssociala utredningen. Del 2. Saneringen av stadssamhällets bebyggelse. Organisationen av läne- och bidragsverksamheten för bostadsändamål. [26]
- Stuveriverksamheten i svenska hamnar. [28]
- Välfärdsanordningar för sjöfolk i hamn. [29]
- 1945 års skogshärbärgesutrednings betänkande. Del 1. Utredning rörande bostads- och lenadsförhållandena på hemmansskogarna med förslag till åtgärder för bostadsbeståndets komplettering och förbättrande. [37]
- Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 7. Tiden juli 1945—juni 1946. [41]
- Betänkande ang. familjeliv och hemariete. [46]
- Arbetsutredningens betänkande. Del I. Arbetare under jord i gruva och stenbrott. [65]
- Betänkande ang. ett rikssjukhus i Norrland (»Norrlandssjukhuset»). [70]

(Forts. å omslagets 4:de sida)

Hälso- och sjukvård.

Statens sjukhusutrednings av år 1943 betänkande. 2. Den lasarettanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka. [61] 3. Utredningar och förslag ang. sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. [44]

Allmänt näringsväsen.

Elkraftutredningens redogörelse nr 1. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Inledande översikt. [3]
Betänkande med förslag till standardtariffer för detaljdistribution av elektrisk kraft. [4]
Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 15. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Älvsborgs län. [20] 2: 12. Malmöhus län. [35] 2: 11. Kristianstads län. [40] 2: 8—10. Kalmar län, Gotlands län och Blekinge län. [48] 2: 25. Norrbottens län. [54] 2: 13—14. Hallands län samt Göteborgs och Bohus län. [57]
Möbler. Betänkande avgivet av 1946 års möbelutredning. [52]

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande ang. fiskerinäringens efterkrigsproblem samt den prisreglerade verksamheten på fiskets område. [2]
Betänkande med förslag ang. lantmäteri-personalens organisation samt avlöningsförhållanden m. m. [7]
Betänkande med förslag ang. fiskets administration m. m. [8]
Utredning med synpunkter på sågverksdriften i Norrland och förslag angående inrättande av en central sågverksskola. [32]
Redogörelse i sammandrag för utredning rörande planering av jordbruket och skogsbruket i Nedertorneå kommun. [33]
Vid andra riksskogstaxeringen av Norrland åren 1938—42 använd metodik och härom vunna erfarenheter. Redogörelse avgiven av 1937 års riksskogstaxeringsnämnd. [36]
Betänkande ang. organisationen av försöksverksamheten på jordbrukets område. [42]
Fiskerättskommitténs förslag till fiskelag jämte därmed sammanhängande författningar. [47]
Fiskeredskapsförsäkring. Betänkande avgivet av fiskeredskapsförsäkringsutredningen [62]
Betänkande med förslag till byggande av fiskehamnar. [63]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Handeln med olja. Betänkande med förslag avgivet av oljeutredningen 1945. [14]
Betänkande med förslag till ändrad lagstiftning ang. handel med skrot, lump och begagnat gods. [22]
Sysselsättningsförhållandena inom varuhandeln. [50]

Kommunikationsväsen.

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Betänkande med förslag till geofysiskt observatorium i Kiruna m. m. [6]
Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m. m. Del 3. Tandläkarinstitutens organisation m. m. [9]
1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 8. Utredning och förslag rörande vissa socialpedagogiska anordningar inom skolväsendet. [11] 9. Gymnasiet. [34] 10. Flickskolan. [49]
Ungdomens fritidsverksamhet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 4. [12]
1941 års lärarlönesakkunniga. Betänkande med förslag till lönerreglering för övningslärare. [15]
Stöd åt utvecklingshämmande ungdom. Ungdomsvårds-kommitténs betänkande del 5. [17]
1945 års akademikerutredning. [25]
Betänkande med förslag till ändrad ordning beträffande vissa helgdagar. [27]
Betänkande med förslag ang. utbildning av befäl för handelsflottan m. m. [31]
Supplement nr 7 till Sveriges familjenamn 1920. [39]
Betänkande om granskning och antagning av läroböcker. [51]
Utredning med förslag ang. utbildning av lärare för industri och hantverk vid anstalter för yrkesundervisning m. m. [55]
Utredning ang. organisationen av den finska församlingen i Stockholm samt de tyska församlingarna i Stockholm och Göteborg m. m. [56]
Betänkande med förslag ang. forsknings- och försöksverksamheten samt undervisningen på mejerinäringens område m. m. [59]
Betänkande och förslag rörande dövstumsundervisningen. [64]
De medicinska högskolornas organisationskommitté. 2. Organisatoriska åtgärder till främjande av medicinsk forskning. [66]
Betänkande med förslag angående utbyggnad av lantbruks-, skogs- och veterinärhögskolorna. [67]
Betänkande med utredning och förslag angående utbildningen av lantmätare och lantbruksingenjörer. [68]
1946 års hjälp- och särklasslärarutredning. Utbildning av lärare för utvecklingshämmande och svårfostrade barn jämte förslag till inrättande av ett statens speciallärarinstitut. [69]

Försvarsväsen.

1944 års militärsjukvårdskommittés betänkande. Del 2. [5]
Betänkande med förslag rörande civilförsvarets organisation m. m. [10]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.